

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



87–Я ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ СТУДЕНТОВ И МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ,
ПОСВЯЩЕННАЯ 155-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ
Л.О. ДАРКШЕВИЧА

(КАЗАНЬ, 21-22 МАРТА 2013 ГОДА)

16-Я ВСЕРОССИЙСКАЯ СТУДЕНЧЕСКАЯ
МЕДИКО-ИСТОРИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «БЕЛЫЕ ЦВЕТЫ»,
ПОСВЯЩЕННАЯ ЮБИЛЕЮ Р.Ш. АБДРАХМАНОВОЙ

(КАЗАНЬ, 16 МАРТА 2013 ГОДА)

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Сборник тезисов 87-ой Всероссийской научно-практической конференции студентов и молодых ученых, посвященной 155-летию со дня рождения Л.О. Даркшевича и 16-ой Всероссийской медико-исторической конференции, посвященной юбилею Р.Ш. Абдрахмановой.

Составители:

Е.В. Файзуллина, Н.В. Яковлев, Л.Т. Мусина, М.Ю. Абросимова, А.Ю. Иванов,
З.Р. Алиметова, Е.М. Валиева, Р.И. Валеев, П.Н. Григорьев, М.С. Калигин,
М.А. Мухамедьяров, Ф.Ф. Ризванова, А.А. Трондин, А.Р. Усманова,
И.К. Шагимуратова, Д.В. Борисов, Р.Р. Гинятуллин, К.Д. Губайдуллина,
О.В. Захарова, Е.А. Исаева, С.С. Канюков, А.Н. Лисюков, Н.Р. Мингалеева,
Р.Р. Мударисова, А.Л. Набиуллина, А.А. Нигматзянова, Е.Н. Патшина,
О.Г. Пиркова, М.З. Темиргереев, Я.В. Файзуллин, А.А. Хуснуллина,
Е.И. Шапкина, Э.С. Шахбазова

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

ISBN 978-5-9903324-4-7

© Совет СНО КГМУ, 2013

© Совет молодых ученых КГМУ, 2013

© Казанский государственный медицинский университет, 2013

**Оргкомитет выражает благодарность за помощь
в проведении конференций:**

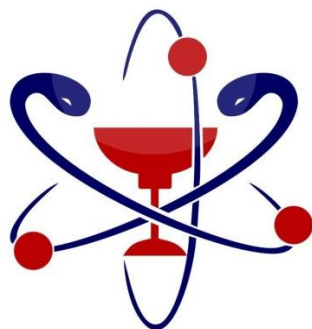


ООО «Химмед-Поволжье»

Поставка химических реактивов и лабораторного оборудования

www.chimmed.ru

и лично генеральному директору **Мифтаховой Елене Валентиновне**



НКО «Благотворительный фонд поддержки молодых ученых-медиков»

www.medical-fund.org

и лично президенту фонда **Федоренковой Любви Валентиновне**

Медиа-партнер

Группа компаний «Шип»

<http://5551111.ru/>,

и лично генеральному директору

Карчевскому Кириллу Яковлевичу



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

16-Я ВСЕРОССИЙСКАЯ СТУДЕНЧЕСКАЯ МЕДИКО-ИСТОРИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «БЕЛЫЕ ЦВЕТЫ», ПОСВЯЩЕННАЯ ЮБИЛЕЮ Р.Ш. АБДРАХМАНОВОЙ

ДВЕ ПОПЫТКИ ПРОФЕССОРА Н.Н. ФЕНОМЕНОВА ОВЛАДЕТЬ ОПЕРАЦИЕЙ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ. Р.Т. Шарафутдинова.....	41
ФЕДОРОВ МИХАИЛ ИВАНОВИЧ: ЖИЗНЬ ОТ СОЛДАТА ДО ПРОФЕССОРА Шарафутдинова Р.Т.	41
К 95-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ Я.Ю. ПОПЕЛЯНСКОГО Маркелова С.В.	41
ИСТОРИЯ СОВЕТСКОЙ МЕДИЦИНЫ Иванова С.Т.	42
К 105 ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПРОФЕССОРА ЕРЗИНА МУХАМЕДА АБДУЛЛАЕВИЧА Клементьева А.В., Мухаметзянова З.И.	42
К 85-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ГРИГОРИЯ ДАВИДОВИЧА ОВРУЦКОГО Мифтахова А.А., Минкина А.Р.	43
ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ ЗА РУБЕЖОМ Самерханов З.И.	43
ОВРУЦКИЙ ГРИГОРИЙ ДАВИДОВИЧ - ЗАСЛУЖЕННЫЙ ДЕЯТЕЛЬ НАУКИ Ахмедова Ю.А.	43
ИЛЬЯ ГЕНРИХОВИЧ ЛУКОМСКИЙ (1893-1958). К 120-ти ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ Клементьева А.В.	44
ИСТОРИЯ РАЗРАБОТКИ И ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ Шубина К.А.	44
ПО СТРАНИЦАМ СЕМЕЙНОГО АЛЬБОМА Липатова Ю.М.	45
И.М. ЛЬВОВ И П.Я. ТЕПЛОВ - ПЕРВОПРОХОДЦЫ ЗЕМСКОЙ ГИНЕКОЛОГИИ В КАЗАНИ Галиуллина З.Р.	45
БЕЛОГОРСКАЯ ЕЛИЗАВЕТА ВИКТОРОВНА – ИЗВЕСТНЫЙ КАЗАНСКИЙ ПЕДИАТР (к 10-ЛЕТИЮ СО ДНЯ СМЕРТИ) Антонова А.Ю.	45
К ЮБИЛЕЮ ВЫДАЮЩЕГОСЯ ПЕДИАТРА ТОЛМАЧЕВА НИКОЛАЯ АЛЕКСАНДРОВИЧА Захарова Д.А., Салимгараева Л.Ш.	46
ЭВОЛЮЦИЯ МЕСТНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПОЛОСТИ РТА Лукьянова А.О., Яруллина Л.О.	46
ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ЗУБНОЙ ЩЁТКИ Механова К.В., Галимов А.Р.	46
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МАТЕРИАЛЬНЫЙ РЕЗЕРВ МЕДИЦИНСКОГО И САНИТАРНО-ХОЗЯЙСТВЕННОГО ИМУЩЕСТВА Эльжуркаев М.М.	47
МЕДИЦИНА ДРЕВНЕГО ЕГИПТА Сальви Дхавал Раджан	47
ВКЛАД ПРОФЕССОРА С.И. ВАЙСА В РАЗВИТИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ Костина О.В.	47
ЯЗЫКОВЫЕ ОТЛИЧИЯ АМЕРИКАНСКОГО ВАРИАНТА АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА ОТ БРИТАНСКОГО В ОБЛАСТИ МЕДИЦИНСКИХ ТЕРМИНОВ Зиганшина А.Ф.	48
ПЕРВЫЙ РУССКИЙ ПЕДИАТР СТЕПАН ФОМИЧ ХОТОВИЦКИЙ Ковальчук А.А., Мамяшева Д.Ш.	48
ВКЛАД КАЗАНСКИХ УЧЁНЫХ В ИЗУЧЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИИ, ОСОБЕННОСТЕЙ КЛИНИКИ И ПАТОМОРФОЛОГИИ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА (К 155-летию Л.О. Даркшевича) Набиуллина А. Л.	49
БОРИС КОНСТАНТИНОВИЧ ДРУЖКОВ – ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ИЗВЕСТНОЙ ДИНАСТИИ Хусаинова Д.Р.	49
К 115-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПРОФЕССОРА КОРАВАЕВА Е.Н. Галембикова А.Р.	50
ПАМЯТИ ДОЦЕНТА ФУАДА ГАББАСОВИЧА САЙФУЛЛИНА Гарифуллина Р.Р.	50
ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ДЕТСКОЙ ПЛАСТИЧЕСКОЙ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ В КАЗАНИ Гарифуллина Р.Р.	50

ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАУЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ Г.Ю.МАНСУРОВА В КАЧЕСТВЕ ЗАВЕДУЮЩЕГО КАФЕДРОЙ ГИГИЕНЫ ТРУДА	
Махмутова Г.Р.	51
ИСТОРИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РАЗВИТИЯ СУДЕБНОЙ СТОМАТОЛОГИИ В РОССИИ И РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН	
Сунгатуллина Г. Р., Низамудинова Н. М.	51
ДАНИЛЕВСКИЙ АЛЕКСАНДР ЯКОВЛЕВИЧ: ВРАЧ, ПЕДАГОГ, УЧЕНЫЙ.	
Валиева А.И.	52
ВОПРОСЫ ОПЕРАТИВНОЙ ХИРУРГИИ В ИССЛЕДОВАНИЯХ Н. А. ГЕРКЕНА	
Артемьева А.О.	52
СТАТИСТИЧЕСКИЕ СВЕДЕНИЯ О РАБОТЕ ЛИХАЧЕВСКОГО РОДИЛЬНОГО ДОМА ЗА 1888-1894 ГОДА	
Гиматдинова Л.И.	52
ИСТОРИЯ ИЗУЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ	
Сафина Э.И.	53
АРКАДИЙ ПАВЛОВИЧ НЕСТЕРОВ: УЧИТЕЛЬ, УЧЕНЫЙ, НОВАТОР. К 90-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ	
Я.В. Файзуллин, Фарух Мохаммед	53
ПРОФЕССОР ИСААК САМУИЛОВИЧ АЛУФ: ЖИЗНЬ И ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ	
Габдрахманова А.Т.	53
К 140-ЛЕТИЮ ВЫДАЮЩЕГО ПЕДИАТРА: СТУДЕНЧЕСКИЕ ГОДЫ Г.Н. СПЕРАНСКОГО	
Шарафисламова Л.С.	54
ДВОЙНОЙ ЮБИЛЕЙ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ КАФЕДРЫ	
Денисова А.В., Першакова Л. В.	54
АЛЕКСАНДР-ЛЮДВИГ АЛЕКСАНДРОВИЧ КИТЕР: ВРАЧ И НОВАТОР	
Галева Д.Р.	55
ТЕРНОВСКИЙ ВАСИЛИЙ НИКОЛАЕВИЧ - ВИДНЫЙ ПОПУЛЯРИЗАТОР МЕДИЦИНЫ	
Галяутдинова А.Р.	55
ШАГИ НОВОЙ ИСТОРИИ: К 45-ЛЕТИЮ ПЕРВОЙ В МИРЕ ПЕРЕСАДКЕ СЕРДЦА ЧЕЛОВЕКА...	
Лашманова Ю. В.	55
К 145-ЛЕТИЮ СО ДНЯ ОСНОВАНИЯ КАФЕДРЫ ОФТАЛЬМОЛОГИИ КАЗАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА. ОТ БРАУНА И.О. ДО НИКОЛЬСКОГО М.В.	
Сафандеев В.В.	56
САЙФУЛЛИНА ХАЛИМА МУХЛИСОВНА - ОРГАНИЗАТОР КАФЕДРЫ СТОМАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА	
Мингалеева А. Р.	56
ГАЙСИНА РИМА ЛЯБИБОВНА, ХАМИТОВ ХАНИФ САБИРОВИЧ	
Мингалеева А.Р.	56
ВКЛАД Д.А. КАЛВЕЛИСА В РАЗВИТИЕ ОРТОДОНТИИ	
Фазлиева Л.И.	57
К ВОПРОСУ ОБ УТОЧНЕНИИ ИСТОРИЧЕСКИХ ДАННЫХ КАФЕДРЫ ОФТАЛЬМОЛОГИИ	
Сафандеев В.В.	57
К ИСТОКАМ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЯ В КАЗАНИ	
Овчинников П.Д.	58
35 ЛЕТ ДЕТСКОЙ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ МЗ РТ - ОТ ИСТОКОВ ДО НАШИХ ДНЕЙ	
Миннуллина Э.Р.	58
А.Г.ТЕРЕГУЛОВ. БЕЛЫЕ ЦВЕТЫ	
Габдрахманова М.Р.	58
145-ЛЕТИЮ СО ДНЯ ОСНОВАНИЯ КАФЕДРЫ ОФТАЛЬМОЛОГИИ КАЗАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ПОСВЯЩАЕТСЯ. К ВОПРОСУ ОБ УТОЧНЕНИИ ИСТОРИЧЕСКИХ ДАННЫХ КАФЕДРЫ ОФТАЛЬМОЛОГИИ	
Сафандеев В.В.	59
И.М. ЛЬВОВ И П.Я. ТЕПЛОВ - ПЕРВОПРОХОДЦЫ ЗЕМСКОЙ ГИНЕКОЛОГИИ В КАЗАНИ	
Галиуллина З.Р.	59
25-ЛЕТНЕМУ ЮБИЛЕЮ КАФЕДРЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ИММУНОЛОГИИ И АЛЛЕРГОЛОГИИ ПОСВЯЩАЕТСЯ...	
Усманова А.Р., Губаева Д.Н., Валеева А.Р.	60
165 ЛЕТ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ КАПУСТИНА МИХАИЛА ЯКОВЛЕВИЧА	
Мударисова Р.Р.	60
ЗАВЕДУЮЩИЙ КУРСОМ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ — ПЕТР НИКОЛАЕВИЧ БУЛАТОВ (к 45-летию со дня смерти)	
Анисимов А.А.	61
К 115-ЛЕТИЮ ПРОФЕССОРА ИВАНА ФЕДОРОВИЧА ХАРИТОНОВА	
Севастьянов С.И.	61
ЖИЗНЬ И ИССЛЕДОВАНИЯ Р.КОХА	
А. Ш. Якубова	61
ЖИЗНЬ И НАУЧНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРОФЕССОРА З.Х. КАРИМОВОЙ	
Габдрахманова Г.Р.	62
ЖИЗНЬ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРОФЕССОРА М.И. ГРОШИКОВА	
Чимба В.А.	62
ПАМЯТИ Г.Д. ОВРУЦКОГО	
Захарова О.В.	63
ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ЭНДОДОНТИЧЕСКИХ ИНСТРУМЕНТОВ ИЗ НИКЕЛЬ-ТИТАНОВОГО СПЛАВА	
Рачинина Е.О.	63
НАУЧНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ АКАДЕМИКА ЮРИЯ МИХАЙЛОВИЧА МАКСИМОВСКОГО	
Фаттахова Р.Р., Исмагилов О.Р.	63
ЖИЗНЕННЫЙ И НАУЧНЫЙ ПУТЬ КОЛЬЦОВОЙ Л.А.	
Захарова О. В.	64

87–Я ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ СТУДЕНТОВ И МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ, ПОСВЯЩЕННАЯ 155-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ Л.О. ДАРКШЕВИЧА

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНЫ ТРУДА

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ВРЕДНОСТИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТОВ	
Михеева А. А.	67
ВЛИЯНИЕ УГЛЕРОДНЫХ НАНОТРУБОК НА СОСТОЯНИЕ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ РАБОТНИКОВ НАНОПРОИЗВОДСТВ	
Николаева Т. В.	67
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ РАК У РАБОТНИКОВ ЛИТЕЙНЫХ ПРОИЗВОДСТВ: МЕТА-АНАЛИЗ	
Бережнова В. В.	67
ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ОБУСЛОВЛЕННОСТЬ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ОПЫТ ПОПЕРЕЧНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ	
Ильина О. А.	68
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДВУХ РАЗЛИЧНЫХ АЛГОРИТМОВ ОПИСАНИЯ РЕНТГЕНОГРАММ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У РАБОТНИКОВ ПЫЛЕВЫХ ПРОФЕССИЙ	
Мударисова Р.Р.	68
АНАЛИЗ КАЧЕСТВА РЕНТГЕНОГРАФИИ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У РАБОТНИКОВ ЛИТЕЙНОГО ПРОИЗВОДСТВА	
Шолина Н.В.	69
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЖЕНЩИН-МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПО ДАННЫМ ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ	
Галиева И.Р.	69
ОЦЕНКА УСЛОВИЙ ТРУДА НА ПРЕДПРИЯТИЯХ СВЯЗИ И ТРАНСПОРТА	
Шакрамова Л.И., Давлетханова Л.И.	69
ВЛИЯНИЕ СОЧЕТАННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ КУРЕНИЯ И ВРЕДНЫХ ХИМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ РАБОЧИХ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРОИЗВОДСТВ	
Ганеева Э. И.	70
ЗНАЧЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ БОРЬБЫ С КУРЕНИЕМ ДЛЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН	
Сейдалиев И.С.	70
НЕКОТОРЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ	
Яванова А.В.	71
ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАУЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ Г.Ю.МАНСУРОВА В КАЧЕСТВЕ ЗАВЕДУЮЩЕГО КАФЕДРОЙ ГИГИЕНЫ ТРУДА	
Махмутова Г.Р.	71

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

ИНДУКЦИЯ РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С РУБЦОМ НА МАТКЕ	
Валиуллина А.Н., Хасанова Э.А.	71
НОВЫЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ГЕСТОЗА БЕРЕМЕННЫХ	
Котлова Е.В., Белоглазова О.Ю.	72
ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ АДНЕКСИТОВ	
Шарифуллина Д.Р.	72
АНАЛИЗ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ОЦЕНКОЙ ПРОСТРАНСТВЕННОЙ ДИНАМИКИ ТРОМБООБРАЗОВАНИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ СИСТЕМНЫМ АУТОИММУННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ.	
Зейналова Н.З., Сабирова Д.Р.	73
НОВЫЕ ПОДХОДЫ В КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ЭНДОМЕТРИОЗА	
Мосеева М.Н.	73
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОМЕТРИОЗА ПРЕПАРАТОМ ВИЗАННА	
Мосеева М.Н.	73
ИНФРАКРАСНАЯ СПЕКТРОМЕТРИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ	
Ионова Е.В.	74
ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АНОМАЛИЙ ПРИКРЕПЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ	
Шамсутдинова Д.Р., Гайсин Р.Ф.	74
КОНСЕРВАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ШЕЕЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ	
Гайсин Р.Ф., Шамсутдинова Д.Р.	75
ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА.	
Демидова Ю. П.	75
АКУШЕРСКАЯ ПАТОЛОГИЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО ДИСБАЛАНСА ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ВРЕДНЫХ ЭКЗОГЕННЫХ ФАКТОРОВ	
Шакурова Г.Н.	76
ДИСБАЛАНС ОБМЕНА МАГНИЯ В ОРГАНИЗМЕ БЕРЕМЕННОЙ ПРИ РАЗВИТИИ АКУШЕРСКОЙ ПАТОЛОГИИ	
Якупова А.А.	76
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОЙ СРЕДЫ ЖЕНЩИНЫ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ МАТЬ-ПЛОД	
Якупова А.А.	76

ИЗУЧЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ САРКОИДОЗОМ	
Павлов Я.Н.	77
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ КАМПИЛОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНОЗОМ	
Гильмутдинова А.А.	77
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА АССОЦИИРОВАННОГО С КАМПИЛОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ	
Гильмутдинова А.А.	78
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА АССОЦИИРОВАННОГО С КАМПИЛОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ	
Гильмутдинова А.А.	78
НЕЙРОСПЕЦИФИЧЕСКИЕ БЕЛКИ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ПОРАЖЕНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ	
Миннемуллина Р.М.	78
ПОДГОТОВКА ШЕЙКИ МАТКИ К РОДАМ У ЖЕНЩИН С ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ	
Ибатуллина З.Р. Миннемуллина Р.М.	79
ОПЫТ ВЕДЕНИЯ ПАРТНЕРСКИХ РОДОВ	
Вдовина Ю.Н., Миникаева Л.Р.	79
ДИАГНОСТИКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ТЕСТ - ПОЛОСКАМИ	
Гафарова Р.Н.	80
ЭНДОМЕТРИОЗ РУБЦА НА МАТКЕ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ	
Галяутдинова З. Ф.	80
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНДУЦИРОВАННОЙ ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНЦИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АБДОМИНАЛЬНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ	
Макушева М.А., Воронина И.Д.	80
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГЕСТОЗА И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	
Губаева Д.Н.	81
МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОФИЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ	
Хузина Д.Д.	81
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СРЕДИ СТУДЕНТОК 1-ГО И 3-ГО КУРСОВ ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА КГМУ	
Гафиуллина А.Д., Гайфутдинова Д.Р.	82
ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ	
Тарвердиева А.Э., Гарифуллина Э.Ф.	82
НОВЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ МИКСТОВОГО ВУЛЬВОВАГИНИТА В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ	
Гатина Д.Н., Ахметгалиев А.Р.	82
ИННОВАЦИОННЫЙ МЕТОД КОМПЬЮТЕРНОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ РОДОВОГО АКТА У ЖЕНЩИН ГРУППЫ ВЫСОКОГО РИСКА	
Валиуллина Г.З.	83
КЕФАЛОГЕМАТОМА: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ	
Сагьдиев А.И., Газизуллина Ю.Р.	83
ВЛАГАЛИЩНАЯ ХИРУРГИЯ: НОВЫЕ ОПЕРАЦИИ - «НОВЫЕ» КЛАССИФИКАЦИИ	
Фарук М.	84
ПАТОЛОГИЯ ЭНДОМЕТРИА И НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ	
Андиржанова Э.И., Недопекина Е.А.	84
ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ ПО ДАННЫМ АНКЕТИРОВАНИЯ ШКОЛЬНИКОВ	
Гималтдинова А.В.	84

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ

ИММУННЫЙ ОТВЕТ В ПАТОГЕНЕЗЕ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОМ ЭНДОКАРДИТЕ	
Лашманова Ю.В.	85
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ УТОПЛЕНИЙ ДЕТЕЙ В ГОРОДЕ ТЮМЕНИ	
Барабошин В.И.	85
ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЛЕКСА ИММУНОГЛОБУЛИНОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СЕПСИСА У БОЛЬНОГО С ПЕРЕСАДКОЙ СЕРДЦА	
Царькова Е.В.	86
КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МИОПЛЕГИИ ПРИ АНЕСТЕЗИИ И ФАРМАКОЛОГИЯ «ИДЕАЛЬНОГО МИОРЕЛАКСАНТА»	
Мирсайзанова А.Р.	86
АНЕСТЕЗИЯ ПРИ СУБАРАХНОИДАЛЬНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЯХ У БЕРЕМЕННЫХ	
Хабибулина А.Р.	87
ШАГИ НОВОЙ ИСТОРИИ: К 45-ЛЕТИЮ ПЕРВОЙ В МИРЕ ПЕРЕСАДКЕ СЕРДЦА ЧЕЛОВЕКА	
Лашманова Ю.В.	87

БИМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА И МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО

ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ «ЧЕРНОБЫЛЬЦАМ»	
Лакеева Ю.А.	87
ЭВТАНАЗИЯ: МЕДИКО - СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ	
Сенникова Е. С., Тусупбекова И. Н.	88
ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ В ОНКОЛОГИИ	
Шахбазова Э.С.	88

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРАВА НА ПОЛУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖИТЕЛЯМИ Г. НАБЕРЕЖНЫЕ ЧЕЛНЫ Николаева Т.Г.	89
ЭТИЧНОСТЬ РЕКЛАМЫ И НАЗНАЧЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВОК Сердинская И.Н.	89
ВРАЧ И ПАЦИЕНТ: ПРОБЛЕМА ВЗАИМООТНОШЕНИЙ Булычева И.А.	89
К ВОПРОСУ О СОХРАНЕНИИ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ В РАЗНЫХ СТРАНАХ Иванцов Е.Н.	90
СТАНОВЛЕНИЕ ЮВЕНАЛЬНОГО ПРАВА В РФ: ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ Усова Н. Э.	90
ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ ПО ДАННЫМ АВТОРСКОГО СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ Якубова А.Ш.	90
ЭТИКО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА – СТОМАТОЛОГА Шибашова Т.Ю.	91
РАЗЛИЧИЯ ВРАЧЕБНОЙ ОШИБКИ И ХАЛАТНОСТИ Фасхутдинов Р.И.	91

ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

ОСОБЕННОСТИ РАЦИОНА ПИТАНИЯ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С КАРДИАЛЬНОЙ И ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ Хасанова Э.Р., Зайдуллина А.В.	91
НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЭКГ ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ Валиуллина А.Н., Хасанова Э.А.	92
ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА "БИАСТЕН" НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ Гилязова Д.М., Самигуллина А.Р.	92
ОЦЕНКА МАССЫ ТЕЛА И ХАРАКТЕРА ПИТАНИЯ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ И ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ: ВЗГЛЯД ПАЦИЕНТА. Хасанова Э.Р.	92
ФОСФОЛИПИДЫ И ЭТАНОЛАМИН МОЧИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ (ГБ) С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ (Гн). Саубанова Э.И., Богданова А.Р., Архипов Е.В.	93
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА В ЗАПАДНОМ РЕГИОНЕ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН Сивак И.Д., Жубанов О.А.	93
СКРИНИНГ СИНДРОМА ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С ФАКТОРАМИ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ СТУДЕНТОВ 1 КУРСА ЧЕЛЯБИНСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ (ЧЕЛГМА) Гаврилова Е.С.	94
ОСОБЕННОСТИ ОБРАЗА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ И ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ Гилязова Д.М. Вараксина Е.А.	94
АНАЛИЗ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (ОПН) У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА (ИБС) ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ СЕРДЦА Богданова А.Р., Архипов Е.В., Саубанова Э.И.	94
ПРИМЕНЕНИЕ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ ПЕРИНДОПРИЛ+АМЛОДИПИН У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Афандиева Г.З.	95
РОЛЬ ГЕНОВ СУПЕРОКСИДДИСМУТАЗ В ФОРМИРОВАНИИ КЛИНИЧЕСКИХ ГЕНОТИПОВ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА Афандиева Г.З.	95
КАНАЛЬЦЕВАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИХ ВАРИАНТАХ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА Карпова О.Г.	96
ПРИМЕНЕНИЕ БАКТЕРИОФАГОВ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ Хусаинова Д.Р.	96
ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ВЕЛИЧИНУ pH ПОЛОСТИ РТА Сунгатуллина Г. Р., Низамуддинова Н. М., Шайхутдинов А. Р.	96
НЕКОТОРЫЕ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ В ПЕРИОД РЕЛИГИОЗНЫХ ПОСТОВ Галиева З., Карпова Л.	97
ОТНОШЕНИЕ ПАЦИЕНТА К СТРАТЕГИИ ЛЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА Галимова А.А.	97
МЕТОД РЕГИСТАРЦИИ ПРОСТРАНСТВЕННОЙ ДИНАМИКИ РОСТА СГУСТКА В ДИАГНОСТИКЕ НАРУШЕНИЙ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ Нурхаметова Д.Ф.	97
ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ВРАЧЕЙ ОБ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ Шамес Д.В.	98
КОМБИНИРОВАННЫЕ ПРЕПАРАТЫ В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ Якубова А.Ш., Горелкин И.В.	98
ПОРАЖЕНИЕ СУСТАВОВ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА Галяутдинова З. Ф.	99
БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКИ В РТ Якупова Ю.Э., Древин Д.М.	99

МИЕЛОМНАЯ НЕФРОПАТИЯ	
Бичурина Д.М., Чернова Ю.В.	99
ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНЫМ АМИЛОИДОЗОМ	
Бичурина Д.М., Чернова Ю.В.	100
ЛЕКАРСТВЕННОЕ ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК	
Чернова Ю.В., Бичурина Д.М.	100
ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ПЕРЕДНЕ-ЛЕВОГО ГЕМИБЛОКА И СИНДРОМА 3S У БОЛЬНОЙ С БОЛЕЗНЬЮ ХАММАНА-РИЧА	
Афанасьева Т.Ю., Зиганшина Г.Р.	101
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДНОГО ОСТЕОПОРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	
Шамсутдинова Н.Г., Кириллова Э.Р.	101

ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

ПРИНЦИПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНЫМ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕМ	
Аюпова Г.С., Мамедов Х.И., Дашкина Л.Р.	101
БРОНХО-ЛЕГОЧНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ: ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ	
Лутфуллина Г.Ф.	102
ДЫХАТЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПЕРВИЧНОГО ИНСУЛЬТНОГО ЦЕНТРА: ДИАГНОСТИКА, ПРОФИЛАКТИКА, РЕАБИЛИТАЦИЯ	
Бариева Й.Х.	102
ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИЕЙ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ НИЗКОЧАСТОТНОЙ МАГНИТОТЕРАПИИ	
Васильева Е.В.	103
ОСОБЕННОСТИ РЕГРЕССА НАРУШЕНИЙ ПОВЕРХНОСТНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ НИЗКОЧАСТОТНОЙ МАГНИТОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИЕЙ	
Васильева Е.В.	103
ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ КАБИНЕТА ПО МАССАЖУ В УСЛОВИЯХ САНАТАРНО – КУРОРТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ	
Храмова О.Г.	103
ОПТИМИЗАЦИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ТРЕПОНЕМНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ И ДЕРМАТОМИКОЗАМИ	
Трофимова Т.В.	104
ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ОНМК В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ	
Валиуллина Г.Р.	104
АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАБИНЕТА ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ КОЖНО - ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	
Трофимова Т.В.	105
ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ НА ОСНОВЕ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА	
Шайхутдинова Р.А.	105

ГИГИЕНА ПИТАНИЯ, ГИГИЕНА ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ОБЩАЯ ГИГИЕНА

ГИГИЕНА ОДЕЖДЫ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ	
Бартова Н.А., Гапсаламова Р.А.	106
ЗНАНИЯ О ГЕНЕТИЧЕСКИ-МОДИФИЦИРОВАННЫХ ОРГАНИЗМАХ В ОБЩЕСТВЕ	
Валиуллина А.Н., Хасанова Э.А., Ахметов З.Р.	106
СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ БУГУЛЬМИНСКОГО РАЙОНА	
Мирсаитова Г.Т.	107
ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭКСПЛУАТАЦИИ БЫТОВЫХ КОНДИЦИОНЕРОВ	
Валиева Р.А., Чубурова Т.А.	107
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАКАЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ	
Зайнуллина Ч.Р., Хурматуллина Г.Р., Заболотских М.А.	107
РОЛЬ В.И.ВЕРНАДСКОГО В СТАНОВЛЕНИИ ЭКОЛОГИИ КАК НАУКИ	
Климковская Я.И.	108
К ВОПРОСУ ОРГАНИЗАЦИИ ДОПИНГ-КОНТРОЛЯ НА ПРЕДСТОЯЩЕЙ УНИВЕРСИАДЕ В Г.КАЗАНИ	
Кириллова М.В.	108
ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА УСЛОВИЙ ТРУДА РАБОТНИКОВ ГОСТИНИЦ	
Садыкова А.А.	109
ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ОТ ВЛИЯНИЯ ФАКТОРОВ ВО ВРЕМЯ ОБУЧЕНИЯ	
Сафандеев В.В.	109
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В ДОУ НА ОСНОВЕ РЕАЛИЗАЦИИ ИНТЕГРИРОВАННОГО ПОДХОДА В ФИЗИЧЕСКОМ ВОСПИТАНИИ, СОПРЯЖЕННОЕ С РЕШЕНИЕМ ЗАДАЧ ПО ЭКОЛОГИЧЕСКОМУ ВОСПИТАНИЮ, И ЕГО ФИЗИОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ	
Сафандеев В.В., Воркунова Т.В.	110

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

РАЦИОНАЛИЗАЦИЯ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ Першакова Л.В., Набиуллина Л.Р., Абдрахманов А.Р.	110
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ У БОЛЬНЫХ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМОЙ В СОЧЕТАНИИ С РОЖЕЙ Зинатуллина Г.М.	110
ПРИЧИНЫ РОСТА ПОБОЧНЫХ РЕАКЦИЙ НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА, СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ Давыдов Ю.В.	111
ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ СТРЕССА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ (КЛИНИКО- ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ) Усманова А.Р.	111
АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ В ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ Быкова Н.Е., Ситдикова Д.И., Вульфсон К.В.	112
УГРЕВАЯ БОЛЕЗНЬ КАК ПРИЧИНА УХУДШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ Пахомова А.И., Канюков С.С.	112
СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ МУЖСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ИППП Шиляева О.Е.	112
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АКНЕ ПРЕПАРАТОМ "СОТРЕТ" Зайдуллина Т.Р., Хайретдинова К.Ф.	113
МИКРОФЛОРА КОЖИ У БОЛЬНЫХ АКНЕ Гордеева А.М.	113
ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ КОЖИ ПОСЛЕ КУРСА ПОВЕРХНОСТНОГО ХИМИЧЕСКОГО ПИЛИНГА У КОСМЕТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ Стегунова Н.А.	114
ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ И СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ У БОЛЬНЫХ АКНЕ Зайдуллина Т.Р., Хайретдинова К.Ф.	114
ТЕХНОЛОГИИ КРИОТЕРАПИИ В ДЕРМАТОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ Якубова А.Ш., Симонова Е.Н., Акберова Д.Р.	114
ГОНОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ И ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН Мунавирова А.А.	115
СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА Халилова Р. Г.	115
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ УРЕТРИТОВ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАВАЕМЫМИ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ Якубова А.Ш., Горелкин И.В.	116
КЛИНИЧЕСКАЯ И МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ОНИХОМИКОЗОМ, ПОЛУЧИВШИХ ЛЕЧЕНИЕ РАЗЛИЧНЫМИ АНТИМИКОТИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ Файзуллин Я.В.	116

ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ

МОЗГОВОЕ КРОВООБРАЩЕНИЕ У ДЕТЕЙ С НЕЙРО-МЫШЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ Валиуллина А.Н., Ахметов З.Р.	117
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КОНСЕРВАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЕЗНИ ЛЕГГА-КАЛЬВЕ-ПЕРТЕСА Габбасов Д.Ф., Лобашов В.В.	117
ХИЛОТОРАКС В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА(ВПС) Зиганшин И.М.	117
АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ СИНДРОМОВ SCİWORA И SCİWONA У ДЕТЕЙ Пономарев Г.В.	118
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕВОЧЕК С ВИРИЛИЗАЦИЕЙ ПРИ НАРУШЕНИИ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА Гафиятуллина Д.М., Плотникова П.В., Фазлиева Г.Ф.	118
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ И ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВЕНОЗНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ Хакимьянов А.И., Умаров Н.А.	118
ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СЕКВЕСТРАЦИИ ЛЕГКОГО У ДЕТЕЙ Сабирова Л.А., Семенова М.В.	119
НАБЛЮДЕНИЯ ПОЛИКИСТОЗА ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ Шахбазова Э.С.	119
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЕДИНОГО ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ДИСГЕНЕЗИЕЙ ГОНАД Измайлов А.А., Тоштемиров Д.Н.	119
ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ МЕТАЭПИФИЗАРНЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ У ДЕТЕЙ Семенова М.В., Сабирова Л.А.	120
ОПЕРАЦИЯ НОРВУДА, КАК ПЕРВЫЙ ЭТАП ГЕМОДИНАМИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ СИНДРОМА ГИПЕРПЛАЗИИ ЛЕВЫХ КАМЕР СЕРДЦА. ОПИСАНИЕ НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ Хамидуллин Р.Х.	120
ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОЛА ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА Закиров А.К.	120

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТА МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ Петров С.А.	121
ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ Хусаенов А.И., Рахматуллин И.И.	121
ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА У ДЕТЕЙ ПРИ ЭТАПНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ВПС С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СРЕДСТВА С БАРЬЕРНЫМ ДЕЙСТВИЕМ МЕЗОГЕЛЬ Богоявленская А.А., Костромин А.А.	122
ЛЕЧЕНИЕ ТЕРАТОМЫ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ Байрамгулова И.А., Кузьмина Т.Б.	122
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФУНКЦИИ КЛАПАНСОДЕРЖАЩИХ БИОПРОТЕЗОВ ПРИ КОРРЕКЦИИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА Аверьянов В.В., Байрамов И.И.	122
ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ С ЭКСТРОФИЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ Анисимов А.А, Севастьянов С.И.	123
КАЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА УРОФЛОУГРАММ У ДЕТЕЙ Булатов К.Р.	123
МЕДИЦИНСКАЯ ФУНКЦИЯ И РОЛЬ СЕМЬИ В ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ Рахматуллин И.И., Хусаенов А.И.	123
ОБСТРУКТИВНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА Батыршина Л.И., Мокшина Л.В.	124
ЕДИНЫЙ РЕТРОПЕРИТОНЕОСКОПИЧЕСКИЙ ДОСТУП ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С КИСТОЗНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК Гармонова О.А.	124
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО МЕТАЭПИФИЗАРНОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА Темиргереев М.З., Ризатдинов А.И.	124
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ Темиргереев М.З., Ризатдинов А.И.	125
АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ ОЖОГАМИ Акопян А.А.	125

ДЕТСКИЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

СЕЗОННОСТЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОПИСТОРХОЗОМ В СУМСКОЙ ОБЛАСТИ Корж А.В.	126
КРИПТОКОККОВЫЙ МЕНИНГИТ И ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ Степанова Е.Ю.	126
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОМ В УКРАИНЕ Лисовская О.В.	126
ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА TLR4 299Asp>Gly НА ЕСТЕСТВЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ ВИЧ - ИНФЕКЦИИ Акчурина Л.Б.	127
АНАЛИЗ АВАРИЙНЫХ КОНТАКТОВ С ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ МАТЕРИАЛОМ И ПОСТКОНТАКТНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ Шамрай Д.В., Шамрай А.В.	127
ВЛИЯНИЕ ОПЫТА УПОТРЕБЛЕНИЯ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ НА ПЕРИНАТАЛЬНУЮ ПРОФИЛАКТИКУ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ Гилязова Д.М., Нигматзянова Г.З.	128
ВЗАИМОСВЯЗЬ ДЕПРЕССИИ И АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ Ибниева Л.Р.	128
ВЛИЯНИЕ ПУТЕЙ ПЕРЕДАЧИ НА ТЕЧЕНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ Зайнуллина Ч.Р., Хурматуллина Г.Р.	129
ПАРАКЛИНИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ПРИ ГЕРПЕСВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ. Азюкова Р.И.	129
ОЦЕНКА СОДЕРЖАНИЯ РАСТВОРИМЫХ ФОРМ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ АНТИГЕНОВ У БОЛЬНЫХ С ИНФЕКЦИОННЫМ МОНОНУКЛЕОЗОМ, ВЫЗВАННЫМ ВИРУСОМ ЭПШТЕЙН-БАРР (ВЭБ) В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИСХОДОВ БОЛЕЗНИ Свинцова Т.А., Бондаренко И.М.	129
ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ЦИНКА В СЫВОРОТКЕ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ОКИ Мурадова Т. М., Исламова И. М.	130
ЭНДОТОКСИНЕМИЯ И ПОВЫШЕНИЕ ПРОВΟΣПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ Биккинина О.И.	130
ЧАСТОТА ВЫДЕЛЕНИЯ S.AUREUS У ДЕТЕЙ С ДИСБИОЗОМ КИШЕЧНИКА Николаев М.А.	131
АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ЛАКТОБАКТЕРИЙ, ВЫДЕЛЕННЫХ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА Николаев М.А.	131
ПОРАЖЕНИЕ ГЛАЗ ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА. Миннуллина Э.Р., Нигматзянова Г.Р.	131
СЛОЖНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СКАРЛАТИНЫ У ДЕТЕЙ Загидуллина М.Г., Александрова Т.А.	132
РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ЗООНОЗНОГО КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА В КАЗАНИ Хакимзянова М.А.	132

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ Загидуллина М.Г.	132
СИНДРОМ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ Шульга Н.Д., Анисимова А.В.	133
СИНДРОМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ У ДЕТЕЙ С НЕОНАТАЛЬНЫМ СЕПСИСОМ Ялалдинова Р.Н., Климов А.Д.	133

ИЗЫСКАНИЕ И ИЗУЧЕНИЕ НОВЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ. БИОХИМИЯ

ОЦЕНКА ОСТРОЙ ТОКСИЧНОСТИ И БЕЗВРЕДНОСТИ «ТАБЛЕТОК ОТ КАШЛЯ» Ильин Д.А.	134
К МЕХАНИЗМУ ДЕЙСТВИЯ СТРУКТУРНОГО АНАЛОГА ПРЕПАРАТА КАПАХ Габдрахманова М.Р., Казакевич Ж.В.	134
ОЦЕНКА ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ НОВЫХ МЕТИОНИНОВЫХ КОМПЛЕКСОВ МЕДИ НА МОДЕЛИ ОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ Игнатъева Л.А., Каримова Д.Р.	134
СРАВНЕНИЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ЛИПОЕВОЙ КИСЛОТЫ И ДИКЛОФЕНАКА НАТРИЯ НА МОДЕЛИ АДЪЮВАНТНОГО АРТРИТА КРЫС МЕТОДОМ ИК-ТЕРМОГРАФИИ Петрова А.А.	135
НОВЫЕ МОДИФИКАЦИИ КАЛИКС-[4]-РЕЗОРЦИНА КАК ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ СИСТЕМЫ АДРЕСНОЙ ДОСТАВКИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ Габдрахманова М.Р., Казакевич Ж.В.	135
ВЫБОР АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ПРЕПАРАТА ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА Игнатъева Л.А., Каримова Д.Р.	136
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ И ГАСТРОПРОТЕКТОРНОЙ АКТИВНОСТИ L-МЕТИОНИНА И ЛИТИЯ МЕТИОНИНАТА ПРИ ПЕРОРАЛЬНОМ ПРИМЕНЕНИИ Ульянина Л.Р., Игнатъева Л.А., Каримова Д.Р.	136
ИЗУЧЕНИЕ БЕЗВРЕДНОСТИ КУРСОВОГО ВВЕДЕНИЯ ВК-500 И ИЗОНИАЗИДА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ Кашапов Л.Р., Ильин Д.А.	136
ЛИПОЕВАЯ КИСЛОТА В ТЕРАПИИ НЕЙРОПАТИЧЕСКИХ БОЛЕЙ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Гайнетдинова А.Н.	137
ПОДБОР ОСНОВ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ СУППОЗИТОРИЕВ ГЛИЦИНА Швецова Д.С.	137
ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕНОТОКСИЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА НОВЫХ ПРОТИВОПАРКИНСОНИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ Архарова И.А.	138
ИЗУЧЕНИЕ БИОРАСПРЕДЕЛЕНИЯ ЖЕЛЕЗО-УГЛЕРОДНЫХ НАНОЧАСТИЦ В ОРГАНАХ И ТКАНЯХ Петрова И.М., Арташян О.С.	138
ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ СИСТЕМЫ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА МЕТОДОМ ПРОСТРАНСТВЕННОЙ РЕГИСТРАЦИИ РОСТКА СГУСТКА Нурхаметова Д.Ф.	138
ПРОТЕОЛИТИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ ИЗОЛЯТОВ ГРИБОВ CANDIDA SPP. Файзуллина Р.И., Аухадиева Г.Р.	139
ВЫЯВЛЕНИЕ ПНГ-КЛООНОВ Хуснутдинов Р.Р.	139
РОЛЬ ЭНДОГЕННЫХ ПАТОГЕНОВ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА В АТЕРОГЕНЕЗЕ Оразбаева К., Оспанова Е., Тулеугалиев Б.	139

ИММУНОЛОГИЯ И АЛЛЕРГОЛОГИЯ

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ЭТИОЛОГИИ И ПАТОГЕНЕЗЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА Вахитова Э.Ж.	140
МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОПУЛЯЦИИ ТУЧНЫХ КЛЕТОК НАДПОЧЕЧНИКОВ В ПРОЦЕССЕ СТАРЕНИЯ Иванова М.И., Арташян О.С.	140
ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЛИМФОИДНЫХ ОРГАНОВ ПРИ РЕПАРАТИВНОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Силантьева Е.А.	141
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ОМАЛИЗУМАБА В БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ Валева А.Р.	141
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА "УРО-ВАКСОМ" В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ БУЛЛЕЗНЫМ ЦИСТИТОМ Сахибназарова Д.М.	141
ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ РОЛЬ ГРИБОВ В ВОЗНИКНОВЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Акшарова Г.Л.	142
ОЖИРЕНИЕ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ Коннова Е.А.	142

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОЧЕТАННЫХ ФОРМ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПЕРЕПАРАТОВ И СЕНСИБИЛИЗАЦИИ К НЕИНФЕКЦИОННЫМ АЛЛЕРГЕНАМ	
Ефимова Е.П., Галеев В.А.	142
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЫЛЬЦЕВОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНЫХ РАЙОНОВ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН	
Гайнуллина Г.Р.	143
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА	
Васильева Е.В.	143
ЧАСТОТА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У БОЛЬНЫХ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ	
Губаева Д.Н.	144
МЕХАНИЗМЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА НА ИММУННУЮ СИСТЕМУ	
Усманова А.Р.	144

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

ЦИТОКИНОВЫЙ СТАТУС И ПОКАЗАТЕЛИ СОЭ НА ФОНЕ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ	
Лопатиева А.О.	144
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТОКСОКАРОЗА У ВЗРОСЛЫХ	
Ткачева Е.С.	145
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЭХИНОКОККОЗА	
Юнусова З.Р.	145
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ МУЖСКОГО И ЖЕНСКОГО ПОЛА	
Мухутдинова Э.А., Музибуллин А.Н.	146
АКТУАЛЬНЫЕ СТРЕПТОКОККОВЫЕ ИНФЕКЦИИ	
Габдрахманова М.Р.	146
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТОКСОКАРОЗА У ДЕТЕЙ	
Исламова Г.Н., Закизянова А.Р.	146
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ИЛ-28 У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С	
Ганеева Э.И., Тасаева А.В., Габдрахимова А.Р.	147
АЛЬФА-ИНТЕРФЕРОНОТЕРАПИЯ И ПРОДУКТЫ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С	
Ямбулатова О.Ю., Галиев Р.Ф.	147
CLINICAL AND IMMUNOLOGICAL PARAMETERS IN THE EARLY STAGES OF HIV INFECTION IN PATIENTS WITH COMBINED HIV/SYC INFECTION	
Farooq Mohammad	147
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОРРЕЛИОЗА В КАЗАНИ	
Балтаева Д.А., Адылова А.Н.	148
МОЛЕКУЛЯРНАЯ ИДЕНТИФИКАЦИЯ БАКТЕРИЙ РОДА NEISSOBACTER В ЖЕЛЧИ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ	
Ширшикова Т.В., Белоусова Е.Н.	148
ФЕНОМЕН ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ АРВТ У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ – ИНФЕКЦИЕЙ.	
Олейник А.Ф.	148

ИСТОРИЯ ОТЕЧЕСТВА

ТАТАРСКАЯ ШКОЛА В УСЛОВИЯХ ПЕРВОЙ РУССКОЙ РЕВОЛЮЦИИ: ПОЛИТИКО-ПРАВОВОЙ АСПЕКТ	
Саматова Ч.Х.	149
ОБУЧЕНИЕ ШКОЛЬНИКОВ В ДВАДЦАТЫЕ ГОДЫ XX В. В ТАТАРСТАНЕ	
Егорова А.В.	149
КАЗАНСКИЙ ОБВОД И СТУДЕНТЫ КАЗАНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА	
Букушкина В.А.	150
ОТЕЧЕСТВЕННАЯ ВОЙНА 1812 Г И ВРАЧЕБНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ КАЗАНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА	
Соколова Л.В.	150
БЛАГОТВОРИТЕЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ДИНАСТИИ ЮНУСОВЫХ	
Сираев А.Г., Баязитов Р.Р.	150
ЛАШМАНСКАЯ ПОВИННОСТЬ ТАТАР: СОЦИАЛЬНО-ПРАВОВОЙ АСПЕКТ	
Шайдуллина А.Х.	151
ВЕРОНИКА ТУШНОВА: ВРАЧ И ПОЭТ	
Зинин А.А.	151
ТАТАРСКИЙ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СОВЕТ СОЮЗА ВОИНСТВУЮЩИХ БЕЗБОЖНИКОВ (1920 - Е ГОДЫ)	
Коновалова В.Н.	151
ПЕРЕСТРОЙКА ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИИ В 1918 ГОДУ	
Нургельдиева Т.	152
ГАБРИЭЛЬ ШЕРШЕНЕВИЧ – ПЕДАГОГ, ЦИВИЛИСТ И «ПЕРВОДУМЕЦ»	
Шигабутдинов Р.Р.	152
УЧАСТИЕ СОТРУДНИКОВ И СТУДЕНТОВ КГМИ В РАБОТЕ ЭВАКОГОСПИТАЛЕЙ КАЗАНИ	
Папазян Д. Г.	153

КАНЦЕРОГЕННАЯ ОПАСНОСТЬ: РЕАЛИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

КАНЦЕРОГЕННЫЕ РИСКИ ПРЕДПРИЯТИЙ МАШИНОСТРОИТЕЛЬНОЙ ОТРАСЛИ Зыяртдинова Д.В.	153
ЭКОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНДУЦИРОВАННОГО МУТАГЕНЕЗА Ситдииков А.Р., Ерофеева Е.Н.	153
БЕНЗ(А)ПИРЕН - ПРИОРИТЕТНЫЙ ЗАГРЯЗНИТЕЛЬ ПРОМЫШЛЕННЫХ ГОРОДОВ Валеева Ф.Р.	153
ПРОИЗВОДСТВЕННО-ОБУСЛОВЛЕННАЯ ПАТОЛОГИЯ В УСЛОВИЯХ НЕФТЕГАЗОДОБЫЧИ Петров С.И.	154
ЭКОЛОГО-ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ РИСК КАК ИНДИКАТИВНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ Ситдииков А.Р., Юмашева Л.Ф.	154
ТЕХНОЛОГИЯ ПРОИЗВОДСТВА МЕДИ И НИКЕЛЯ С ПОЗИЦИИ КАНЦЕРОГЕННОЙ ОПАСНОСТИ Васильева Т.В.	154
КАНЦЕРОГЕННАЯ ОПАСНОСТЬ ВОЗДЕЙСТВИЯ ИСКУССТВЕННЫХ МИНЕРАЛЬНЫХ ВОЛОКОН Шиялева О.В.	155
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОНТАКТНЫХ РАБОТ С АСБЕСТОЗОМ Авксентьева М.В.	155
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА Яруллина Д.Ф.	155
ПОИСК ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ, ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЭФФЕКТОВ ВОЗДЕЙСТВИЯ ВРЕДНЫХ ФАКТОРОВ НЕФТЕХИМИЧЕСКИХ ПРОИЗВОДСТВ НА ОРГАНИЗМ РАБОТНИКОВ Васильева Э.Ф., Ахтямова Л.А.	155
БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫЕ ДОБАВКИ: ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ Гильманова Г.Ш., Матвеев Д.В.	156
АНИЗОТРОПНЫЕ СФЕРОЛИТЫ КАК КРИТЕРИЙ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ Гордеева А. В., Миронова В. А.	156
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ Данилова М. В., Балабанова Л. А.	157
МЕТОДЫ, ОЦЕНИВАЮЩИЕ ГЕНОТОКСИЧНОСТЬ Егорова А. П., Балабанова Л. А., Миронова В. А.	157
ПРОБЛЕМЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ КГМУ (СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ) Исхакова Э.З., Матвеев Д.В.	157
СОХРАНЕНИЕ И УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКОВ КАНЦЕРОГЕНООПАСНЫХ ПРОИЗВОДСТВ (НА ПРИМЕРЕ ОБЪЕКТОВ ОТРАСЛИ МАШИНОСТРОЕНИЯ) Кирилова З.Г., Ахтямова Л.А.	158
ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ Порфирьева О. В., Трофимова М. В.	158
ВЛИЯНИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННОГО СТРЕССА НА ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА Рубан Л. В., Лисенко А. И.	158
БИОЛОГИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ Сергеева С. Ю., Лопушов Д. В.	159
ПРОБЛЕМЫ ЭКОЛОГИИ В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОЙ ФОРМАЦИИ Хуснуллина Ф.С., Сабирова И.Ш.	159
НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ФАКТОРЫ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ СРЕДЫ В НЕФТЕПЕРЕРАБАТЫВАЮЩЕЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ Шаяхметова А. М., Лисенко А. И.	160
ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ И ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО ВДОЛЬ СОВРЕМЕННЫХ АВТОМАГИСТРАЛЕЙ Якимова Н. Г., Сабирова И. Ш.	160
САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬСКАЯ РАБОТА С МОЛОДЕЖЬЮ ПО ПРОБЛЕМЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ Арцер Е.В., Матвеев Д.В., Сабирова И.Ш.	160
ВЛИЯНИЕ УСЛОВИЙ ТРУДА НА РАБОТНИКОВ НЕФТЕПЕРЕРАБАТЫВАЮЩЕЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ Загидуллина Ч.Ф., Трофимова М.В.	161
КАНЦЕРОГЕННАЯ ОПАСНОСТЬ ПРИ ДОБЫЧЕ ЗАПАСОВ ВЫСОКОВЯЗКОЙ НЕФТИ Ефимов А.Н., Лопушов Д.В.	161

КАРДИОЛОГИЯ

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ СЕЛЕКТИВНЫМИ БЕТА БЛОКАТОРАМИ У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ Фахруллина Л.Ф., Лашманова Ю.М.	162
НАРУШЕНИЯ КОАГУЛЯЦИОННО-ЛИТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ МИОКАРДА В ПАТОГЕНЕЗЕ КАРДИАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ Власова Н.А., Сатыбалдин О.А., Ежова О.А.	162
ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО И ХРОНИЧЕСКОГО МИОКАРДИТОВ Никушина А.А.	162
КОМБИНИРОВАННЫЕ ПРЕПАРАТЫ В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ Якубова А.Ш., Горелкин И.В.	163
ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ВЕЛИЧИНУ pH ПОЛОСТИ РТА Сунгатуллина Г. Р., Низамудинова Н. М., Шайхутдинов А. Р.	163

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА ИЛИ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ Губайдуллина К.Д., Магамедкеримова Ф.А., Иванцов Е.Н.	164
ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ЗДОРОВЫХ ЛИЦ Иванцов Е.Н.	164
МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ МИОКАРДА IN VIVO: ИНФАРКТ МИОКАРДА Матвеева В.Л.	164

ЛИНГВИСТИКА

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОБРАЗА ПТИЦ В ПРОИЗВЕДЕНИЯХ ТАТАРСКИХ ПИСАТЕЛЕЙ Хусаенова Ф.И.	165
МЕДИЦИНСКИЕ ТЕРМИНЫ И АРАБСКИЙ ЯЗЫК Сами А.	165
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ АНАТОМИЧЕСКИХ ТЕРМИНОВ В РУССКОМ И АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКАХ Шиблауи А.	165
НАЗВАНИЯ ЖИДКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМ В РУССКОМ ЯЗЫКЕ Аббас А.	166
СОПОСОВИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФРАЗЕОЛОГИЗМОВ С КОМПОНЕНТОМ "СЕРДЦЕ"/ "ЙӨРӘК" В РУССКОМ И ТАТАРСКОМ ЯЗЫКАХ Ахмадуллина Р.Н.	166
ИНТЕРФЕРЕНЦИЯ В ТАТАРСКИХ ЭРГОНИМАХ Галимова Л.Р.	167
ОТРАЖЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ РОДНОГО ЯЗЫКА И НАРОДА В ТВОРЧЕСТВЕ АМИРХАНА ЕНИКИ Аюпова Г.И.	167
ЯЗЫК ДУШИ МОЕЙ Юнусова В.Н.	167
ЛАТИНСКИЕ ЗАИМСТВОВАНИЯ В ИНДОЕВРОПЕЙСКИХ ЯЗЫКАХ Семёнова М.В.	167
ЧАСТОТНО-СЕМАНТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ Сабирова Л.А.	168
УПОТРЕБЛЕНИЕ ТАТАРСКИХ ФРАЗЕОЛОГИЗМОВ В НАЗВАНИЯХ БОЛЕЗНЕЙ Язитова Р.А.	168
ПРИЧАСТИЕ В СИСТЕМЕ ЧАСТЕЙ РЕЧИ ТУРКМЕНСКОГО И РУССКОГО ЯЗЫКОВ Атаева Солтангозел	168
ЛЕКСИЧЕСКИЕ ЕДИНИЦЫ СО ЗНАЧЕНИЕМ «ДРУЖБА» В РУССКОЙ И ТУРКМЕНСКОЙ ЯЗЫКОВОЙ КАРТИНЕ МИРА (НА МАТЕРИАЛЕ ПОСЛОВИЦ И ПОГОВОРОВ) Нургельдиева Тавус	169
СХОДСТВО И РАЗЛИЧИЕ ГЛАГОЛЬНЫХ СИСТЕМ РУССКОГО И ТУРКМЕНСКОГО ЯЗЫКОВ Атаева Солтангозел	169
РУССКИЕ И ТУРКМЕНСКИЕ ПОСЛОВИЦЫ О ТРУДЕ Гочмырадов Гайгысыз	170
ГРЕЧЕСКИЕ ТЕРМИНОЭЛЕМЕНТЫ В МНН ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ Оразклычева О.Б.	170
ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ В АЗЕРБАЙДЖАНЕ Гусейнова Гунай	170
НАЦИОНАЛЬНО-КУЛЬТУРНАЯ СПЕЦИФИКА ИНДИЙСКИХ ЛИЧНЫХ ИМЕН Шарма Нитин	171
ВЕДИЙСКАЯ ЛИТЕРАТУРА И МИФОЛОГИЯ ДРЕВНИХ ЦИВИЛИЗАЦИЙ Упадхийай Самрит	171
БХАГАВАТ-ГИТА КАК ПАМЯТНИК ДРЕВНЕИНДИЙСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ Чеван Мэйэн Виджей	171
ОСОБЕННОСТИ ГРАММАТИКИ УЗБЕКСКОГО ЯЗЫКА Мирзаев Адхамжон	172
СРАВНЕНИЕ ФРАЗЕОЛОГИЗМОВ АНГЛИЙСКОГО И РУССКОГО ЯЗЫКОВ Тайво Темидайо Джерри	172
ТРУДНОСТИ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ ПАДЕЖА В РУССКОМ ЯЗЫКЕ Патхан Биалал	172
ОДНОСОСТАВНЫЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ В РУССКОМ И ТАДЖИКСКОМ ЯЗЫКАХ Бурхонзода Хайрутдин	173
ЛАТИНСКИЙ ЯЗЫК В СИСТЕМЕ ОБРАЗОВАНИЯ КАЗАНСКОГО ИМПЕРАТОРСКОГО УНИВЕРСИТЕТА Маханова А.М.	173
ВЕЛИКИЙ ПОЭТ АЗЕРБАЙДЖАНА Гусейнов Нихад	174
ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНЫ ИЗРАИЛЯ Силенок Александр	174
ВОСТОЧНАЯ МЕДИЦИНА В КОРОЛЕВСТВЕ НЕПАЛ Баснет Манодж	174

ПРИЧАСТИЕ В ТУРКМЕНСКОМ И РУССКОМ ЯЗЫКАХ	
Реджебова А.Р.	175
О ПОЛЬЗЕ ЧАЯ КАРКАДЭ	
Абдалла Исра	175
СОПОСТАВИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РУССКОГО И АЗЕРБАЙДЖАНСКОГО ЯЗЫКОВ	
Саламова Ш. Р.	176
СОПОСТАВЛЕНИЕ РУССКИХ И АРАБСКИХ СУЩЕСТВИТЕЛЬНЫХ	
Лаири Юнес	176
ВЫДАЮЩИЕСЯ ВРАЧИ ДРЕВНЕЙ ПЕРСИИ	
Курамбаева Мохира	176
ВЫДАЮЩИЕСЯ ВРАЧИ ТУРКМЕНИСТАНА	
Сейтмурадов Алланур	177
ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА В ИНДИИ	
Солунке Рашми	177
ТРАДИЦИОННАЯ МЕДИЦИНА НА МАДАГАСКАРЕ	
Рахаримбуласуа Диана	177
СРЕДСТВА РУССКОГО ЯЗЫКА ПРИ ОБОЗНАЧЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ ТЕРМИНОВ	
Насимбейе Мвиче	178
СОПОСТАВИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РУССКИХ И АНГЛИЙСКИХ ТЕРМИНОВ	
Каминдва Сиказве	178
ВСЕОХВАТЫВАЮЩАЯ "HYDR"А	
Мамедова С.Н.	178
ДРИАДА-ДУША ДЕРЕВА	
Клюс Д.Д.	179
СТРУКТУРНО-СЕМАНТИЧЕСКОЕ РАЗНООБРАЗИЕ ТЕРМИНОВ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	
Османов И.С.	179
"AQUA" - КАК СОСТАВНАЯ ЧАСТЬ ЗАИМСТВОВАННЫХ СЛОВ	
Дроздова А.В.	179
ИКЕТЕЛЛЕЛЕК ҺӘМ ТАТАР ТЕЛЕНЕҢ ЛЕКСИК-ФРАЗЕОЛОГИК НОРМАЛАРЫ: ТЕЛНЕҢ ҮЗ СҮЗЛӘРЕ БЕЛӘН	
АЛЫНМАЛАР НИСБӘТЕ	
Дроздова А.В.	180
КАТЕГОРИЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ В ТАТАРСКОМ ЯЗЫКЕ	
Дроздова А.В.	180
НАЗВАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ Г.КАЗАНИ	
Магдиева Г.И.	181
МЕДИЦИНА ДРЕВНЕГО ЕГИПТА	
Сальви Дхавал Раджан	181
МИФОЛОГИЧЕСКИЕ ИМЕНА И ИХ НОВЫЕ ЗНАЧЕНИЯ	
Севастьянов С.И.	181
ЯЗЫКОВЫЕ ОТЛИЧИЯ АМЕРИКАНСКОГО ВАРИАНТА АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА ОТ БРИТАНСКОГО В ОБЛАСТИ	
МЕДИЦИНСКИХ ТЕРМИНОВ	
Зиганшина А.Ф.	182
ТРУДНОСТИ ОБУЧЕНИЯ ТУРКМЕНОЯЗЫЧНЫХ СТУДЕНТОВ В РОССИЙСКОМ МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ	
Розыев Мекан	182
"СЕЗАМ", ОТКРОЙСЯ!	
Папазян Д.Г.	183
ЗНАЧЕНИЕ АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА ДЛЯ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА	
Насибуллина Я.Р.	183
АНГЛИЙСКИЕ ЗАИМСТВОВАНИЯ В РУССКОМ ЯЗЫКЕ	
Хакимзянова А. А.	183
ВЛИЯНИЕ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА НА АНГЛИЙСКУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ЛЕКСИКУ	
Галлямова Л.И.	184
SYNONYMY IN ENGLISH	
Шакурова М.Ф.	184
О НЕКОТОРЫХ ПРЕДЛОЖНО-ПОСЛЕЛОЖНЫХ СООТВЕТСТВИЯХ РУССКОГО И ТАТАРСКОГО ЯЗЫКОВ	
Мусаева С.Р.	185
СОВРЕМЕННЫЕ РАЗРАБОТКИ ПРОТИВ СПИДА	
Даво Дона	185
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И БИОЛОГИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ СТРЕССА, СВЯЗАННЫЕ С УЧЕБОЙ В УНИВЕРСИТЕТЕ	
Шуджазада Талих	186
АДАПТАЦИЯ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ КГМУ К ЖИЗНИ В КАЗАНИ	
Уэссу Идриссу Янник	186
КВАБЕНА ФРИМПОНГ БОАТЕНГ – ВЫДАЮЩИЙСЯ ХИРУРГ СОВРЕМЕННОСТИ	
Ачеампанг Бенедикт	186
МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР PRINCE COURT - ГОРДОСТЬ МАЛАЙЗИИ	
Саид Наим Шач	187
МЕЖДУНАРОДНАЯ СТУДЕНЧЕСКАЯ ЖИЗНЬ В РОССИИ	
Патил Вивек	187

ЯЗЫКОВЫЕ СРЕДСТВА ВЫРАЗИТЕЛЬНОСТИ В ОПИСАНИИ МЕДЭКСПЕРИМЕНТОВ (ПО РАССКАЗАМ М.А.БУЛГАКОВА "ЗАПИСКИ ЮНОГО ВРАЧА")	
Курбанова А.Ш.	187
ПОСЛЕДСТВИЯ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ ДЛЯ ДЕТЕЙ ИЗ СЕКТОРА ГАЗА И ОКАЗАНИЕ ИМ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	
Эдван Исмаил М.А.	188
РОЛЬ СКОРОГОВОРОК В ИЗУЧЕНИИ ИНОСТРАННОГО ЯЗЫКА	
Загаде Вишаха	188
РУССКИЙ ЯЗЫК И САНСКРИТ	
Мандаокар Маниш	189
РОЛЬ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА В ФОРМИРОВАНИИ ЛЕКСИЧЕСКОГО СОСТАВА АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА	
Мамедова С.Н.	189
РЕАЛИИ В АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ	
Вильямов Ф.А.	189
ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ ТУРКМЕНИСТАНА	
Сапармырадова Шахыбостан	190
ТРАДИЦИОННАЯ МЕДИЦИНА В СОВРЕМЕННОЙ НИГЕРИИ	
Айансола Олуватосин	190
ЭТИМОЛОГИЯ ТАТАРСКИХ БЫТОВЫХ НАЗВАНИЙ БОЛЕЗНЕЙ	
Сагидуллина Л.Р.	190
ТАТАРСКИЕ НАРОДНЫЕ ПОВЕРЬЯ В МЕДИЦИНЕ	
А.А. Халеева	191
РУССКИЙ ЯЗЫК В ИЗРАИЛЕ	
Кондриа Виорика	191
ДЕЕПРИЧАСТИЯ В РУССКОМ И ТУРЕЦКОМ ЯЗЫКАХ	
Йенг Кемаль	191

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ КТ, РАДИОВИЗИОГРАФИИ И ПАНОРАМНОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА СТОМАТОЛОГА	
Портнов И.А.	192
ИССЛЕДОВАНИЕ КОСТНО-СУСТАВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ	
Ахмадуллина Р.Д.	192
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОДНОФОТОННОЙ ЭМИССИОННОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ (ОФЭКТ) ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ КОСТНОЙ ПАТОЛОГИИ	
Измайлова М.А., Миндиярова Р.Ф.	193
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЛЕГКОГО	
Сунгурова Н.А., Сапронова Т.С.	193

МЕДИЦИНСКАЯ И ОБЩАЯ ПСИХОЛОГИЯ. ПСИХИАТРИЯ.

ВЛИЯНИЕ СЮЖЕТА ХУДОЖЕСТВЕННЫХ ПРОИЗВЕДЕНИЙ НА ФОРМИРОВАНИЕ ФАБУЛЫ БРЕДА	
Латыпова Р.Р.	193
ИМПИРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ БРИГАД СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГОРОДА КАЗАНИ	
Митрофанов И.А.	194
АНАЛИЗ ОБРАЩАЕМОСТИ В СЛУЖБУ СКОРОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ Г. КРАСНОДАРА	
Вединов С.М.	194
ИДЕНТИФИКАЦИЯ СПОРТСМЕНОВ ЭКСТРА-КЛАССА ПО ДАННЫМ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ТЕСТОВ	
Сабилова Л.А., Шакирова Г.	195
ИДЕНТИФИКАЦИЯ СПОРТСМЕНОВ ЭКСТРА-КЛАССА ПО ДАННЫМ ПСИХОМОТОРНЫХ ТЕСТОВ	
Шакирова Г.Ф., Сабилова Л.А.	195
IN VIVO MONITORING OF THE BRAIN STATUS IN PSYCHIATRY	
Ийер Менака	195
ОСОБЕННОСТИ ИНТЕРНЕТ - ЗАВИСИМОСТИ КАК ВАРИАНТА АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ	
Нигматуллин А.А.	196
ЗНАЧЕНИЕ СТИГМАТИЗАЦИИ ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ НАРУШЕНИЯХ У ОДИНОКИХ ЖЕНЩИН, ЗЛУПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЕМ	
Гареева Г.А.	196
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ ПРИ ПЕРВИЧНЫХ И ПОВТОРНЫХ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯХ	
Вульфсон К.В., Иванцов Е.Н., Садыков Р.Ф.	196
ОСОБЕННОСТИ ИНТЕРПРЕТАЦИИ РОДИТЕЛЯМИ ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ-АУТИСТОВ	
Панова К.А.	197
ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ ИНТУИТИВНОСТИ, КРЕАТИВНОСТИ, АНТИЦИПАЦИОННОЙ СОСТОЯТЕЛЬНОСТИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАЩИТ В СТРУКТУРЕ ЛИЧНОСТИ СТУДЕНТОВ	
Граница А.С.	197

ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ МЕЖДУ СКЛОННОСТЬЮ К ЗАВИСИМОМУ ПОВЕДЕНИЮ, ОТНОШЕНИЕМ К УПОТРЕБЛЕНИЮ НАРКОТИКОВ И СТЕПЕНЬЮ ВЛАДЕНИЯ ИНФОРМАЦИЕЙ О ВРЕДЕ НАРКОТИКОВ СРЕДИ СТУДЕНТОВ	
Граница А.С.	198
ВЛИЯНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАСТРОЙСТВ НА СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА	
Низамутдинова Н.М.	198
ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ДЕСТРУКТИВНЫХ ЦЕННОСТЕЙ У ДЕВИАНТНЫХ ПОДРОСТКОВ	
Баранова А.Н.	198
ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ	
Газимова Р.А.	199
ИССЛЕДОВАНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ТРЕВОЖНОГО И ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА СРЕДИ СТУДЕНТОВ КГМУ.	
НАУЧНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ВРЕМЕНИ	
Милехина К.С.	199
ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ЛИЧНОСТИ, СТРАДАЮЩЕЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ: СОЦИАЛЬНЫЙ АСПЕКТ	
Хабибулина А.Р.	199
СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ И ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ СТУДЕНТОВ	
Шикалова Н. А.	200
ТВОРЧЕСКИЕ СПОСОБНОСТИ СТУДЕНТОВ	
Мартюхина Р.А.	200
ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ СТУДЕНТА	
Павлова Л.О.	200
ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СТУДЕНТОВ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ	
Захарова О. В.	201
ИССЛЕДОВАНИЕ ТРЕВОГИ СМЕРТИ	
Исаева Е.А.	201
СУЕВЕРНОСТЬ КАК ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ФЕНОМЕН	
Муртазина Л.Э.	201
ИНДИВИДУАЛЬНО-ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	
Габитова Д.Д., Яванова А.В.	202
ИНДИВИДУАЛЬНО-ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ	
Габитова Д.Д., Яванова А.В.	202
ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНСКОГО АЛКОГОЛИЗМА	
Каримуллина Д. Ф., Бадертдинова А. М.	203
СОВРЕМЕННОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ	
Сафина А.И., Сабиров Ж.Ф.	203
ПРЕДИСПОНИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ЖЕНСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ (РКПБ)	
Бухарова Е.Я., Малыгина Н.О.	203
THE FIRST EPISODE OF SCHIZOPHRENIA	
Farooq M.	204
ПРОБЛЕМА ПЕРФЕКЦИОНИЗМА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ	
Холодова А.Д.	204

МИКРОБИОЛОГИЯ

НАТУРАЛЬНАЯ ОСПА ЛИКВИДИРОВАНА?	
Жидяевский А.Г.	204
SHIKUNGUNIYA	
Hanumant Desmukh	205
JAPANESE ENCEPHALITIS	
Rashmi Solunki	205
МОРОЖЕНОЕ - ЛАКОМСТВО ИЛИ УГРОЗА ЗДОРОВЬЮ?	
Абдуллина А.А., Мияссарова Г.М.	206
САНИТАРНО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОЛОЧНО-КИСЛЫХ ПРОДУКТОВ	
Вульфсон К. В., Бакирова Д. Р.	206
О СОБЛЮДЕНИИ САНИТАРНО-ДЕЗИНФЕКЦИОННОГО РЕЖИМА В ВАГОНАХ КАЗАНСКОГО МЕТРОПОЛИТЕНА	
Хисматуллина А.А., Гизатулин Р.Р.	206
ИЗУЧЕНИЕ МИКРОБНОЙ ОБСЕМЕНЕННОСТИ МОБИЛЬНЫХ ТЕЛЕФОНОВ	
Егорова К.Е.	207
ВЛИЯНИЯ МАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТЬ БАКТЕРИАЛЬНЫХ КУЛЬТУР	
Кожаринова А. М., Уразманова А. А.	207
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДАПТОМИЦИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГОСПИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ, ВЫЗВАННЫХ MRSA	
Гараев И.Г.	207
ВЛИЯНИЕ МЕТИЛЭТИЛПИРИДИНОЛА НА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ KLEBSIELLA PNEUMONIAE К ТЕТРАЦИКЛИНУ	
Мирошниченко А.Г., Перфильев В.Ю., Смирнов П.В.	208
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАПИЛЛОМОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ	
Стегунова Н.А., Сайтов Л.Н.	208

МОЛЕКУЛЯРНАЯ И КЛЕТочНАЯ МЕДИЦИНА

МОРФО-ЦИТОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЛИИ МОЗГА ПРИ ОПОРНОЙ РАЗГРУЗКИ ЗАДНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ МЫШИ Повышева Т.В.	209
ИЗУЧЕНИЕ МУТАГЕННОЙ АКТИВНОСТИ 5-ГИДРОКСИ-3,4-ДИХЛОР-3-ПИРРОЛИНА-2-ФУРАНОНА МЕТОДОМ МИКРОЯДЕРНОГО АНАЛИЗА Сунгатуллина Е.Р.	209
ДЕЛЕНИЕ МУТАГЕННОЙ АКТИВНОСТИ 5-ГИДРОКСИ-3,4-ДИХЛОР-2(5Н)-ФУРАНОНА Гимадеева Р. М.	209
МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ СТЕНКИ КИШЕЧНИКА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ Бойко Е.В., Попадинец О.Г., Грищук М.И.	210
ДИНАМИКА КЛЕТочНЫХ РЕАКЦИЙ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ЗВЕЗДЧАТЫХ КЛЕТочК ПЕЧЕНИ, АКТИВИРОВАННЫХ IN VIVO, КРЫСАМ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПЕЧЕНИ ЧХУ Шарипова Э.И., Бурганова Г.Р., Гумерова А.А.	210
ДЕСМИН-ПОЗИТИВНЫЕ ЗВЕЗДЧАТЫЕ КЛЕТКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ АЛЛОКСАНОВОМ ДИАБЕТЕ У КРЫС Титова А.А., Плюшкина А.С.	210
УЧАСТИЕ СВЕЖЕВЫДЕЛЕННЫХ И АКТИВИРОВАННЫХ IN VIVO ЗВЕЗДЧАТЫХ КЛЕТочК ПЕЧЕНИ В РЕГЕНЕРАЦИИ ПЕЧЕНИ КРЫС ПОСЛЕ ЧАСТИЧНОЙ ГЕПАТЭКТОМИИ И ПОВРЕЖДЕНИЯ ЧЕТЫРЕХХЛОРИСТЫМ УГЛЕРОДОМ Шафигуллина А.К., Бурганова Г.Р., Трондин А.А.	211
ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ НА НЕСТАБИЛЬНОСТЬ ГЕНОМА ПРИ ДЦП, БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ, ГРИППЕ И АНГИНЕ Уткузов А.А.	211
ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ ПАЦИЕНТОВ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПОСЛЕ ПРЯМОЙ ГЕННОЙ ТЕРАПИИ VEGF И VEGF Мавликеев М.О., Газизов И.М., Плотников М.В.	212
ВЛИЯНИЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ С-KIT- ПОЗИТИВНЫХ КЛЕТочК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КРЫС НА КОРРЕКЦИЮ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ДИАБЕТЕ Плюшкина А.С., Калигин М.С., Шафигуллина А.К.	212
БИОДЕГРАДИРУЕМЫЙ ХИТОЗАНОВЫЙ ГИДРОГЕЛЬ ДЛЯ РЕГЕНЕРАЦИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО НЕРВА Ампиров Р.П., Курочкина А.А., Устинов А.А.	212
ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ FISH-ДИАГНОСТИКИ ПРИ ИЗУЧЕНИИ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ГЕНОМА ЧЕЛОВЕКА Мавлютова Р.А., Хамадеева Г.Ф.	213
ДОСТАВКА ГЕНА ГЛИАЛЬНОГО НЕЙРОТРОФИЧЕСКОГО ФАКТОРА В ОБЛАСТЬ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ СПИННОГО МОЗГА КРЫСЫ Гутиева Э.К.	213
ВЛИЯНИЕ ТРАНСФЕКЦИИ НА МИГРАЦИЮ ТРАНСПЛАНТИРОВАННЫХ С-KIT- ПОЗИТИВНЫХ КЛЕТочК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КРЫС ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ДИАБЕТЕ Калигин М.С., Плюшкина А.С., Ризванов А.А.	213
УЧАСТИЕ АКТИВИРОВАННЫХ IN VIVO ЗВЕЗДЧАТЫХ КЛЕТочК ПЕЧЕНИ В РЕГЕНЕРАЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ ИХ ТРАНСПЛАНТАЦИИ КРЫСАМ, ПЕРЕНЕСШИМ ЧАСТИЧНУЮ ГЕПАТЭКТОМИЮ Мухамедов А.Р., Сайфуллина К.Н., Титова А.А.	214
ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ МОНОУКЛЕАРОВ ПУПОВИННОЙ КРОВИ ЧЕЛОВЕКА НА РЕГЕНЕРАЦИЮ ПОЧКИ КРЫСЫ НА МОДЕЛИ УНИЛАТЕРАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ МОЧЕТОЧНИКА Мавликеева А.В., Файрушина И.Ф., Трондин А.А.	214
ЭКСПРЕССИЯ ФАКТОРА СТЕЛОВЫХ КЛЕТочК С-KIT В ПОЧКЕ КРЫС В НОРМЕ И НА МОДЕЛИ УНИЛАТЕРАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ МОЧЕТОЧНИКА Файрушина И.Ф., Мавликеева А.В., Йылмаз Т.С.	215
ГЕНЕТИЧЕСКИ МОДИФИЦИРОВАННЫЕ КЛЕТКИ ПУПОВИННОЙ КРОВИ ДЛЯ СТИМУЛИРОВАНИЯ НЕЙРОРЕГЕНЕРАЦИИ Измайлов А.А., Сафиуллов З.З., Федотова В.Ю.	215
ГЕНО-КЛЕТочНАЯ ТЕРАПИЯ БОКОВОГО АМИОТРОФИЧЕСКОГО СКЛЕРОЗА Сафиуллов З.З., Измайлов А.А., Черенкова Е.Е.	215
ВЛИЯНИЕ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРОТЕАЗ НА ИНФИЦИРОВАНИЕ КЛЕТочК ЧЕЛОВЕКА IN VITRO С ПОМОЩЬЮ КЛЕТочНОЙ МОДЕЛИ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ Мартынова Е.В., Ризванов А.А., Анохин В.А.	216
ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНС-СПЛАЙСИНГА В ГЕННОЙ ТЕРАПИИ ДИСФЕРЛИНОПАТИЙ ЧЕЛОВЕКА Старостина И.Г., Соловьева В.В., Поликарпова А.В.	216
МИГРАЦИЯ, ХОУМИНГ И ПУТИ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ АКТИВИРОВАННЫХ IN VIVO ЗВЕЗДЧАТЫХ КЛЕТочК ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ КРЫСАМ ПОСЛЕ ЧАСТИЧНОЙ ГЕПАТЭКТОМИИ И С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПЕЧЕНИ ЧЕТЫРЕХХЛОРИСТЫМ УГЛЕРОДОМ Сайфуллина К.Н., Мухамедов А.Р., Эфрос М.Д.	217
МУЛЬТИЦИСТРОННЫЕ КОНСТРУКЦИИ НА ОСНОВЕ АДЕНОВИРУСНЫХ ВЕКТОРОВ ДЛЯ ГЕННОЙ И ГЕНО-КЛЕТочНОЙ ТЕРАПИИ Черенкова Е.Е., Ризванов А.А.	217
МОРФОМЕТРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СПИННОГО МОЗГА МЫШЕЙ ЛИНИИ C57BLACK/6 ПОСЛЕ АНТИОРТОСТАТИЧЕСКОГО ВЫВЕШИВАНИЯ ЗАДНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ Резвяков П.Н., Федянин А.О., Балтин М.Э., Тяпкина О.В.	217

НЕВРОЛОГИЯ

СУБАРАХНОИДАЛЬНЫЕ КИСТЫ ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ: КЛИНИКО-НЕЙРОВИЗУАЛЬНОЕ СОПОСТАВЛЕНИЕ Аюпова Г.С.	218
КЛИНИЧЕСКИЕ И СУБКЛИНИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С МАЛЬФОРМАЦИЕЙ КИАРИ 1: НЕЙРОВИЗУАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ Дунин Д.Н.	218
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КИСТОЗНОЙ АНОМАЛИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА И ЗЧЯ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ АУТИЗМА И ЭПИЛЕПСИИ Аюпова Г.С.	219
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ У ЛИЦ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ Зарипова А.Ф.	219
НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО МЕТАБОЛИЗМА ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ЭНДОТОКСЕМИИ Спирина М.А., Казакова Т.А., Шокин М.Н.	220
ДЕПРЕССИЯ ПРИ ЛОКАЛЬНОЙ МЫШЕЧНОЙ ДИСТОНИИ Билалова Д.Ф.	220
ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРЕДНИХ РОГОВ БОКОВЫХ ЖЕЛУДОЧКОВ У ДЕТЕЙ С ГИПЕРТЕНЗИОННЫМ СИНДРОМОМ ГИПОКСИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА Мусина Д.Ф.	220
ЛЕЧЕБНАЯ ГИМНАСТИКА И ДЫХАТЕЛЬНЫЕ УПРАЖНЕНИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА Захарова Л.П.	221
ПРОЯВЛЕНИЯ ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ ПРИ ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПОРАЖЕНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА Миннуллина Э.Р.	221
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ БОТУЛИНОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ МИГРЕНОЗНЫХ БОЛЕЙ Никонова О.О.	221
КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ И ПАРЦИАЛЬНОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ Ризванова Д.Р.	222
КЛИНИЧЕСКИЕ ШКАЛЫ В ДИАГНОСТИКЕ СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА Маркова Э.Э.	222
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА Зубринкин А.В.	223
ПИТАНИЕ, КАК ВНЕШНИЙ ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА Яковлева Е.С.	223
СПЕКТР ФЕНОМЕНА ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С МАЛЬФОРМАЦИЕЙ КИАРИ Магдиев Б.И.	223
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Батракова М.В.	223
МЫШЕЧНО-ТОНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ, МЕТОДЫ ИХ КОРРЕКЦИИ И ЛЕЧЕНИЯ Сабирова Д. Р.	224
ПРИНЦИП БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ МОЗГОВОЙ ИНСУЛЬТ Шакурова М.Ф., Сафина А.Ф.	224
ИССЛЕДОВАНИЕ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА В СТАДИИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ 1-2 СТЕПЕНИ Шапкина Е.И., Гаврилова А.А.	225
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ИШЕМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ Набиуллина А.Л.	225
МИГРЕНОЗНЫЙ ЦЕФАЛГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТОВ С МРТ-ВЕРИФИЦИРОВАННОЙ РЕТОЦЕРЕБЕЛЛЯРНОЙ КИСТОЙ ВЛАКЕ Дашкина Л.Р., Сабирова Р.Р., Галиуллина Л.И.	225
БОКОВОЙ АМИОТРОФИЧЕСКИЙ СКЛЕРОЗ (БАС): ВЕДУЩИЙ СИНДРОМ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА И ЭССЕНЦИАЛЬНАЯ БОЛЕЗНЬ Пахомова А.И., Канюков С.С.	226
ИССЛЕДОВАНИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТЕЙ НАРУШЕНИЙ СНА У ЛИЦ С РАЗЛИЧНЫМИ ВЕРТЕБРОГЕННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ Якубова А.Ш., Горелкин И.В.	226
ВАРИАНТЫ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ЛИЦ С РАЗЛИЧНЫМИ ВЕРТЕБРОГЕННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ Якубова А.Ш., Горелкин И.В.	227
ЧТО ЗНАЮТ ВРАЧИ О НАРУШЕНИЯХ СНА? Тукмакова В.В., Хасаншина Л.Р.	227

НЕЙРОХИРУРГИЯ

ВЛИЯНИЕ СРОКОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ПАЦИЕНТОВ С НЕСТАБИЛЬНОЙ ОСЛОЖНЕННОЙ ТРАВМОЙ ПОЗВОНОЧНИКА Пономарев Г.В.	228
РОЛЬ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ГИПОТЕРМИИ СПИННОГО МОЗГА В НЕОТЛОЖНОЙ НЕЙРОХИРУРГИИ Р.Р. Бурганов	228

МЕТОДИКИ ИССЛЕДОВАНИЯ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ	
Маркелова С.В.	228
ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ГРАНИЦ ВЫСОКОЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ГЛИОМ С ПОМОЩЬЮ ФЛЮОРЕСЦЕИНА	
Казанцев А. Ю.	229
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИПАДКОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ	
Бурганова А.Н.	229
ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ЭНДОНАЗАЛЬНАЯ ТРАНССФЕНОИДАЛЬНАЯ АДЕНОМЭКТОМИЯ В КАЗАНИ	
Хабибулина А.Р.	230
КЛИНИКО-НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОЗДНИХ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИПАДКОВ	
Галимова А.А.	230
ЛЕЧЕНИЕ ДИСТОНИИ	
Хабибрахманов А.Н.	230
АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА. МЕТОДЫ ЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОМ ГИПОФИЗА И ОЦЕНКА ИХ ЭФФЕКТИВНОСТИ	
Майков Г.В.	231
СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА СТЕРЕОТАКСИЧЕСКУЮ ПСИХОХИРУРГИЮ: ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР	
Сафина А. И., Сабиров Ж. Ф.	231
РАЗВИТИЕ ПСИХООРГАНИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ АНЕВРИЗМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ГОЛОВНОГО МОЗГА	
Акчурина Ю.Р.	231

ОБЩАЯ ПАТОЛОГИЯ

АНАЛИЗ АКТИВНОСТИ HER2-ГЕНА В КЛЕТКАХ РАКОВЫХ ОПУХОЛЕЙ ЖЕЛУДКА	
Димитриева О.С.	232
ЗНАЧЕНИЕ ИМАТИНИБА (ГЛИВЕКА®) В ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА	
Каримов А.Ф.	232
РОЛЬ РЕФЕРЕНС-ЦЕНТРОВ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ТОЧНОСТИ ОЦЕНКИ HER2 СТАТУСА В РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	
Хасанов Р.М., Сафиуллин Р.Р.	232
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ МОЛЕКУЛЯРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	
Губайдуллина К.Д.	233
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ ПО ДАННЫМ ОБЛАСТНОГО ПАТОЛОГОАТОМИЧЕСКОГО БЮРО г. АКТОБЕ ЗА 2007-2011 гг.	
Алиева М.Б., Медовщиков В.В., Ешниязов Н.Б.	233
МЕТАСТАЗЫ РАКА В ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ	
Грубер Э.А.	233
ИЗМЕНЕНИЕ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ РЕЦИДИВА ОПУХОЛИ	
Гатауллин Б.И.	234
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК В ЛЕЙКОЗАХ И ИХ ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ	
Зарубина А.Н.	234
СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ УЧЕНИЯ О МЯГКОТКАННЫХ САРКОМАХ	
Вагизова Г.Х.	234
«БОЛЕЗНЬ ХОДЖКИНА». ИСТОРИЯ ОТКРЫТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ	
Гильфанова А.Р.	235
ВЫЯВЛЕНИЕ МУТАЦИЙ В ГЕНЕ BRAF ПРИ ВЫБОРЕ ТЕРАПИИ МЕЛАНОМЫ	
Степанова Д.В., Салахиева Г.Х.	235
СТРОМАЛЬНО-СОСУДИСТЫЕ РЕАКЦИИ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ РАКЕ	
Грубер Э.А.	235
СТРУКТУРА ПАТОЛОГИИ ЛЕГКИХ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ИССЛЕДОВАНИЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА	
Кузнецов М.С.	236
ЧАСТОТА ПРОЯВЛЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ У СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ	
Игнатъева Л.А.	236
ГЕМОФАГОЦИТАРНЫЙ СИНДРОМ: ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ	
Рустамов М.Н.	236
НЕГАЗООБМЕННЫЕ ФУНКЦИИ ЛЕГКИХ ПРИ АКТИВАЦИИ ГИППОКАМПА В УСЛОВИЯХ ПОВЫШЕННОЙ ГАМКЕРГИЧЕСКОЙ МЕДИАЦИИ	
Ходыкин Е.А., Нуриев Р.И., Турдыева Р.М.	237
СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ЭТИОЛОГИИ И ПАТОГЕНЕЗЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА.	
Вахитова Э.Ж.	237
АТФ В МЕХАНИЗМАХ СОКРАЩЕНИЯ СКЕЛЕТНЫХ МЫШЦ	
Минхайрова И.М., Тазиева Л.М.	237
ПЕРИОДИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ: ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ	
Саитов Л.Н.	238
ПАТОГЕНЕЗ АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	
Козлов В.И.	238
ПАТОГЕНЕЗ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ	
Андреева А. Г.	239
МЕХАНИЗМЫ ИЗМЕНЕНИЯ СОКРАТИТЕЛЬНЫХ СВОЙСТВ ИНТАКТНОЙ И ДЕНЕРВИРОВАННОЙ МЫШЦЫ	
Камалетдинов А.Р., Никитин М.А.	239

ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯ – ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Луппова Р.П.	239
СУРФАКТАНТ И ВОДНЫЙ БАЛАНС ЛЕГКИХ ПРИ ИЗМЕНЕНИИ АКТИВНОСТИ ГАМКЕРГИЧЕСКОЙ МЕДИАТОРНОЙ СИСТЕМЫ МОЗГА Турдыева Р.М., Ходыкин Е.А., Краснова И.М.	240
УЛЬТРАСТРУКТУРА ГЕМОКАПИЛЯРОВ ЛЕГКИХ ПРИ ДЕЙСТВИИ МОЛЕКУЛ СРЕДНЕЙ МАССЫ Мохсин М.М.	240
СОСТОЯНИЕ КОМПОНЕНТОВ АЭРОГЕМАТИЧЕСКОГО БАРЬЕРА ЛЕГКИХ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ОСТРОМ L-АРГИНИН ИНДУЦИРУЕМОМ ПАНКРЕАТИТЕ Черкасова В.В.	241
ГИПЕРКОАГУЛЯЦИОННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ – ФАКТОР РИСКА ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ Гарнышева А.А., Тюгаева Э.А.	241
МИКРОЛИМФОЦИРКУЛЯЦИЯ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ СУБФЕБРИЛИТЕТЕ И ЕЕ КОРРЕКЦИЯ ПЕРФТОРАНОМ Каримов Д.В.	241
АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ У ДЕТЕЙ Демидова Ю.П.	242
ПАТОГЕНЕЗ АФС Зайнутдинов Р.А., Ганиятова Р.Р.	242
ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ОРГАНОВ - ОЧЕРЕДЬ ЗА ЖИЗНЬЮ Горустович Я. Ю.	243
КЛЕТОЧНЫЕ МАРКЕРЫ ЛЕГОЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ РАЗЛИТОМ ПЕРИТОНИТЕ Герасымчук М.Р.	243
ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ МАТЕРИ И ПЛОДА Порфирьева Н.Н.	243
МЕХАНИЗМЫ ДОЛГОЛЕТИЯ ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА Бикова Р.Р.	244
МЕХАНИЗМЫ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ Вагизова Г.Х.	244
ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ КОАГУЛЯЦИИ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОСТРАНСТВЕННОГО РОСТА ФИБРИНОВОГО СГУСТКА Сабилова Д. Р.	244
ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОМИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ЛЕГКИХ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ Кишук Б.Н., Дикий С.А.	245
МЕХАНИЗМЫ РЕАКТИВНОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ Ахметвалиева А.А., Дияров А.И.	245
ПОВЫШЕНИЕ АКТИВНОСТИ ПОЛИ(АДФ-РИБОЗА)-ПОЛИМЕРАЗ В УСЛОВИЯХ НОКДАУНА БЕЛКА PML Рамазанов Б.Р.	246
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ СВЯЗЬ МЕХАНИЗМОВ ВОСПАЛЕНИЯ И СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА Бариева А.М., Ибатуллина Г.И.	246

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

АВТОМАТИЗИРОВАННАЯ СИСТЕМА УПРАВЛЕНИЯ ДОКУМЕНТООБОРОТОМ УНИВЕРСИТЕТСКОЙ КЛИНИКИ Григорьев П.Е., Гадилов Д.Р., Оленчук А.В.	246
АНАЛИЗ И ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ КУРЯЩИХ СТУДЕНТОВ В ВУЗАХ ГОРОДА САМАРЫ Сергеев А.К.	247
МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ РЕАНИМАЦИОННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ Якупова А.Р.	248
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ. Шаяхметова Р.Р.	248
ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ Гатина Д.Н.	248
МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ Гиннатулина Р.И.	249
ОРГАНИЗАЦИЯ И ИТОГИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ СТУДЕНТОВ 1 КУРСА САМАРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА Гранатова К.В.	249
МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АБОРТОВ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ Зеренкова А.И.	250
К ВОПРОСУ ОБ ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВОМ РЕГУЛИРОВАНИИ НЕЗАКОННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В РОССИИ Иванова М.В.	250
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ Лунева И.Е.	251
ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ЗЕЛЕНОДОЛЬСКОЙ ЦРБ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ Блохина М.В.	251
ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ГАУЗ "ЗЕЛЕНОДОЛЬСКАЯ ЦРБ" Хабирова Р.Р.	251
МЕДИКО-СТАТИСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ МАРИ-ТУРЕКСКОГО РАЙОНА РЕСПУБЛИКИ МАРИЙ ЭЛ. Николаев Т.Р.	252

ИЗУЧЕНИЕ ЗНАНИЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ОБЛАСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НА БАЗЕ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ №00	
Хусаинова Д.Р.	252
ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОЕ ПАРТНЕРСТВО В СФЕРЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ	
Нуриев Б.И.	253
ВЛИЯНИЕ ПИЩЕВОЙ БИЗНЕС-ИНДУСТРИИ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ОКИ И МАССОВЫМИ ПИЩЕВЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ	
Сафандеев В.В.	253
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ	
Куруптурсунов А.А.	253
ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ КАЧЕСТВОМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ	
Исмагилова З.М., Хабибуллина А.Р.	254
УВЕЛИЧЕНИЕ СРЕДНЕЙ СТОИМОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ КОРЗИНЫ, КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ПОТРЕБНОСТИ В ЛЕКАРСТВЕННОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ НАСЕЛЕНИЯ	
Уразманова А.А.	254
«ОЧЕРЕДНАЯ» ПРОБЛЕМА НА ПРИМЕРЕ МУЗ «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №00» ГОРОДА КАЗАНИ	
Мунавирова А.А.	255
К ВОПРОСУ ОБ ОЦЕНКЕ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА РАЗВИТИЯ У ПЛОДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЛИЯНИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ	
Марапов Д.И.	255

ОНКОЛОГИЯ

ЛИМФОГЕННОЕ МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ МЕЛАНОМЫ КОЖИ	
Халиков Д.Д.	255
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЛЕГКОГО	
Воронцова И.А.	256
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КУРАЦИИ ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ	
Халиуллина Л.Р., Вагизова Г.Х.	256
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КУРАЦИИ ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ	
Чибирева М.Д., Самигуллина А. Р.	256
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ K-RAS МУТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ	
Ратнер Е.Ю.	257
КОМПЛЕКСНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И МЕДИАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПУТЕМ СОЧЕТАНИЯ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ С РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИМИ ОПЕРАЦИЯМИ	
Зайнуллина Д.Р.	257
РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКАЯ СОСУДИСТАЯ И МИКРОСОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ В ОНКОЛОГИИ	
Бусыгина Е.В.	258
РЕКОНСТРУКТИВНАЯ И ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ПОСЛЕДСТВИЙ МАСТЭКТОМИИ	
Бусыгина Е.В., Баширов И.Ф., Егоров Э.О.	258
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЦИПИЕНТНЫХ СОСУДОВ ДЛЯ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	
Хамитов А.Р., Ванесян А.С.	258
ДИАГНОСТИКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КОСТНОЙ ТКАНИ	
Валиева Г.Р.	259

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

СТРУКТУРА И АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ОСНОВНЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ СИНУСИТОВ	
Лопоухов Р.Ю.	259
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РОНХОПАТИИ	
Ананьева Л.В.	260
ОПУХОЛИ НОСОГЛОТКИ И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ	
Бухарова Е.Я.	260
ВТОРИЧНАЯ НЕЙРОПАТИЯ ВЕРХНЕГОРТАННОГО НЕРВА	
Бухарова Е.Я.	260
КОНСЕРВАТИВНОЕ И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА	
Исмагилова З.М.	261
КОРРЕКЦИОННАЯ МИОТОМИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СРЕДИННОГО СТЕНОЗА ГОРТАНИ	
Хакимьянов А.И.	261
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОВОДИМОЙ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОЙ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ	
Чернова О.Н.	262
МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ МЕНЬЕРА	
Хабибуллина А.Р.	262
ХРОНИЧЕСКИЙ ПОЛИПОЗНО-ГНОЙНЫЙ РИНОСИНОСИТ	
Назарова М.Д.	262

СЕКРЕТОРНЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ Утяшева Р.П.	263
ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ОТОПЛАСТИКИ Халиков М.М., Першакова И.А., Шагеев Р.З.	263
ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЙ МЕТОД ОСТАНОВКИ НОСОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ Хазиев А.Д.	264

ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

ОСОБЕННОСТИ ЗРИТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ Казанцев А.Ю.	264
ИЗУЧЕНИЕ ПРОБЛЕМ РЕКОРРЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕНЕСШИХ LASIK Шапкина Е.И., Гумерова Д.Р.	265
ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ КОНТАКТНЫЕ ЛИНЗЫ Исмагилова З.М., Хабибулина А.Р.	265
ВРОЖДЕННАЯ ГЛАУКОМА И КАТАРАКТА У ДЕТЕЙ. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ. ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ Ефремова Д.А., Пояркова Ю.О.	265
ПОРАЖЕНИЕ ЗРИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗАТОРА КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ХОРИОИДАЛЬНОЙ НЕОВАСКУЛЯРИЗАЦИИ НА ФОНЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ МИОПИИ Махмутова Ю.Р., Салахова Л.И.	266
АКТУАЛЬНОСТЬ ИРИДОДИАГНОСТИКИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ ЦИВИЛИЗАЦИИ Махмутова Ю.Р., Гизатуллина Р., Камалетдинов Р.	266
О ФОРМИРОВАНИИ ТЕРМИНОВ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ Фарук М.	266
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ Расческов Г. А.	267
ТАКТИКА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ У ЖЕНЩИН С ВЫСОКОЙ СТЕПЕНЬЮ МИОПИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ Исмагилова З.М.	267
ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ИСТОЧНИКОВ ИСКУССТВЕННОГО ОСВЕЩЕНИЯ РАЗЛИЧНОГО ТИПА НА ОРГАН ЗРЕНИЯ Бухарова Е.Я.	267
ЛАЗЕРЫ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ – 50 ЛЕТ УСПЕШНОГО ПРИМЕНЕНИЯ Фарук М.	268
ПОРАЖЕНИЕ ЗРИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗАТОРА КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ХОРИОИДАЛЬНОЙ НЕОВАСКУЛЯРИЗАЦИИ НА ФОНЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ МИОПИИ Махмутова Ю.Р., Салахова Л.И., Фомичев Д.В.	268
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАЗЕРНОЙ ТРАНСКАНАЛИКУЛЯРНОЙ ДАКРИОЦИСТОРИНОСТОМИИ ПО ДАННЫМ РКОВ Сидукова Ю.М.	269

ПЕДИАТРИЯ

ЛЕЧЕНИЕ ИНГИБИТОРНОЙ ФОРМЫ ГЕМОФИЛИИ А ПО БОННСКОМУ ПРОТОКОЛУ Шарафутдинова Д.Р.	269
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ: ОТ КЛИНИКИ К ТЕРАПИИ Загидуллина М.Г.	269
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ НЕРВНО-МЫШЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ Л.Д. Салихова	270
КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВЫЯВЛЕНИЯ АЛЛЕРГИИ К ПИЩЕВЫМ КРАСИТЕЛЯМ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ Титова Н.Д.	270
УРОВЕНЬ МОТИВАЦИИ К ГРУДНОМУ ВСКАРМЛИВАНИЮ У РОЖЕНИЦ Воронцова И.А., Коновалова Т.Б., Титова А.А.	270
ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ Батыршина Л.И.	271
ГИПОТЕРМИЯ ПРИ РОЖДЕНИИ – ПОЛЬЗА ИЛИ ВРЕД? Гашыгуллина А.Ф., Фатхрахманова А.А.	271
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ МУТАЦИИ ГЕНА DELF508 У ДЕТЕЙ С МУКОВИСКЦИДОЗОМ ПО РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН Мурадова Т. М., Исламова И. М.	272
ФАКТОРЫ РИСКА ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ Красильникова Е.Н.	272
МИКРОБИОЦИНОЗ КОЖИ У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ Самигуллина С.Б.	272
СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ Захарова Д.А., Калимуллина А.В.	273
НАРУШЕНИЕ ФОСФОРНО-КАЛЬЦИЕВОГО ОБМЕНА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ Вдовин Д.А.	273

СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	
Ненартович И.А.	273
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОЛИКИСТОЗА ПОЧЕК С АУТОСОМНО-РЕЦЕССИВНЫМ ТИПОМ НАСЛЕДОВАНИЯ	
Вдовин Д.А., Ибниева Л.Р.	274
СОСТОЯНИЕ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ ПРИ НЕФРОГЕННОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	
Мельникова Ю.С.	274
ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПИТАНИЯ ШКОЛЬНИКОВ	
Антонова А.Ю., Хасаншина Л.Р.	274
ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ У ДЕТЕЙ	
Насибуллина Э.Н.	275
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА АЛАЖИЛЯ	
Рахмаева Р.Ф., Исмагилова Д.Р.	275
СТРУКТУРА ТРАВМ У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГОРОДА КАЗАНИ	
Самсонова М.А., Камалова А.А., Осипова А.А.	275
ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА	
Саидова В.Т., Сабирова Д.Р.	276
ХАРАКТЕРИСТИКА ЛОКАЛЬНОЙ ЦИТОКИНОВОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПРИ ОСТРОЙ БРОНХО-ЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ	
Галимова Л.Ф.	276
ХАРАКТЕРИСТИКА ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ВЫЯВЛЕНИЯ HELICOBACTER PYLORI ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ	
Абдуллина Е.В.	277
СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН	
Калиничева А.Е., Лобанихин А.А.	277
СТРУКТУРА И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН	
Лобанихин А.А., Калиничева А.Е.	277
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АТИПИЧНОГО ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У РЕБЕНКА 4 ЛЕТ	
Оздемирова Д.Л., Мельникова Ю.С., Лобанихин А.А.	278
ПОКАЗАТЕЛИ КЛЕТЧОЧНОГО СОСТАВА ИНДУЦИРОВАННОЙ МОКРОТЫ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ	
Токранова К.П.	278
СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ В Г. НАБЕРЕЖНЫЕ ЧЕЛНЫ	
Злоцкая З.Г., Хакимзянова М.	278
ПРИВИВОЧНАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ В ВЫСОКОГОРСКОЙ ВРАЧЕБНОЙ АМБУЛАТОРИИ	
Халитова Р.М., Темиргереев М.З.	279
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПОЛИКИСТОЗА ПОЧЕК И ГЕМАТУРИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА	
Биктимирова А.А., Аймутдинова Э.М., Воронина Е.Ю.	279
ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА CYP2C19 ЦИТОХРОМА P-450 У НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН	
Халикова А.Р.	280
СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ДЕТЕЙ	
Леухин Р.В.	280
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОТРЕКСАТА У БОЛЬНЫХ С ЮРА	
Ильина М.С., Ягунова К.В.	280
СУИЦИДЫ У ПОДРОСТКОВ	
Мурадова Т.М.	281
ПРОФИЛАКТИКА РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИИ У СЕЛЬСКИХ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ	
Сафиуллина Л.Т., Миннуллина Э.Р., Нигметзянова А.Р.	281
МАКРО - И МИКРОЭЛЕМЕНТОЗЫ У ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ	
Троегубова Н.А.	281
ИЗУЧЕНИЕ СИНДРОМА "ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ" У МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ	
Магамедкеримова Ф.А., Идиятова Л.Р.	282
СОМАТИЧЕСКИЙ И ВЕГЕТАТИВНЫЙ СТАТУС ПОДРОСТКОВ С ПОВТОРНЫМИ ОРЗ	
Сафина Д.Р.	282
ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ПРЕПАРАТА ГЕЛАРИУМ ГИПЕРИКУМ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ПОДРОСТКОВ С ПОВТОРНЫМИ ОРЗ	
Галиахметова Ч.Х.	283
СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ДЕТСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ РКПБ ИМ. АКАД. В.М. БЕХТЕРЕВА	
Султанова А.У., Валеева Ю.Т.	283
ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ДЕТСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ	
Сиразева З.И.	283
РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКГ ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЙОНАХ С РАЗЛИЧНОЙ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ ОБСТАНОВКОЙ	
Садыкова Д.И., Чиликина Ю.М., Хабибрахманова З.Р.	284
ВЕРОЯТНЫЕ ЭКЗОГЕННЫЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ, ФОРМИРУЮЩИЕ ЭССЕНЦИАЛЬНУЮ АРТЕРИАЛЬНУЮ ГИПЕРТЕНЗИЮ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОТЯГОЩЕННОЙ НАСЛЕДСТВЕННОСТЬЮ ПО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ	
Сергеева Е.В., Чиликина Ю.М., Хабибрахманова З.Р.	284

ОСОБЕННОСТИ ГОМЕОСТАЗА МИКРОЭЛЕМЕНТОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	
Хабибрахманова З.Р., Чиликина Ю.М., Сергеева Е.В.	285

ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ КЛЕТОЧНЫХ МЕМБРАН У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ КАТЕГОРИЙ	
Хабибуллин Р.Р.	285
ЭКТОПИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ МИОКАРДА И ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	
Замалиева Н.Ф.	285
ОСОБЕННОСТИ ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	
Имамутдинов Р.Р., Мисбахова А.Р., Быстрова Д.Р.	286
ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕАКТИВНОСТИ	
Султанов А.Р.	286
20 ЛЕТ В ПОИСКАХ ГЕНА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ	
Царькова Е. В.	287
СОСТОЯНИЕ КЛЕТОЧНОЙ МЕМБРАНЫ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ У ДЕТЕЙ	
Мамяшева Д.Ш., Газиев Э.А., Рагимова А.А.	287
СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ	
Мамяшева Д.Ш., Газиев Э.А., Рагимова А.А.	287
ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА И ФУНКЦИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	
Харисова Э.Х.	288
РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ТИПОВ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЖЕНЩИН КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	
Чибирева М.Д., Юрьева Ю.Ю.	288
ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ С НЕКОТОРЫМИ ДАННЫМИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА У ЖЕНЩИН	
Самигуллина А.Р., Матвеева В.Л.	288
ЗНАЧЕНИЕ СКОРОСТИ Na ⁺ -Li ⁺ -ПРОТИВОТРАНСПОРТА В МЕМБРАНЕ ЭРИТРОЦИТА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ РАЗВИТИЯ ПРОАРИТМОГЕННОГО ЭФФЕКТА ВЕРАПАМИЛА	
Царькова Е.В.	289
РАСПРЕДЕЛЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ДАННЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ГЕСТАЦИОННОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В АНАМНЕЗЕ	
Хафизова Л.С.	289
ВЗАИМОСВЯЗЬ ГЕСТАЦИОННОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В АНАМНЕЗЕ С ВЕЛИЧИНОЙ СКОРОСТИ НАТРИЙ-ЛИТИЕВОГО ПРОТИВОТРАНСПОРТА В ЭРИТРОЦИТЕ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА	
Валиева И.Р.	289
ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ АПОПТОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, И У ЗДОРОВЫХ.	
Димитриева О.С., Ибатуллина Г.И., Иванцов Е.Н.	290
БЛОКАДА ПРАВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ	
Шиляева О.Е.	290
ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ БИОХИМИЧЕСКИХ, АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ У ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМИ УРОВНЯМИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ С ПОЗИЦИИ КВАРТИЛЬНОГО АНАЛИЗА ВЕЛИЧИН СКОРОСТИ Na ⁺ -Li ⁺ -ПРОТИВОТРАНСПОРТА	
Захарова О.В., Белоусова Е.Н.	290
ВЗАИМОСВЯЗЬ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ КЛЕТОЧНЫХ МЕМБРАН С ДОСТИЖЕНИЕМ ВЫСОКИХ РЕЗУЛЬТАТОВ В СПОРТЕ	
Борисов Д.В.	291
ВАЖНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ СКОРОСТИ Na ⁺ -Li ⁺ -ПРОТИВОТРАНСПОРТА У ПАЦИЕНТОВ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА КАРДИАЛЬНЫЙ СИНДРОМ X	
Борисов Д.В.	291
ИССЛЕДОВАНИЕ МЕЖКВАРТИЛЬНЫХ (ПО СКОРОСТИ Na ⁺ -Li ⁺ -ПРОТИВОТРАНСПОРТА В МЕМБРАНАХ ЭРИТРОЦИТОВ) И МЕЖГРУППОВЫХ (ПО УРОВНЯМ АД) РАЗЛИЧИЙ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ, ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ, БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ЖЕНЩИН В ПОПУЛЯЦИИ	
Захарова О.В., Белоусова Е.Н.	292
ПРОБЛЕМА КОМОРБИДНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ	
Борисов Д.В., Белоусова Е.Н., Афанасьева Т.Ю.	292
РИСК РАЗВИТИЯ РАКА ПРИ ПРИЕМЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ	
Борисов Д.В., Белоусова Е.Н., Афанасьева Т.Ю.	292
МЕТЕОЗАВИСИМЫЕ АСПЕКТЫ ДИНАМИКИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	
Царькова Е.В.	293
МЕТОДЫ ТРАДИЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ	
Д.Р. Хайруллина, О.С. Назарова, И.А. Рзаев	293
МЕТОДЫ ТРАДИЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ	
А.Р. Гильфанова, И.И. Шакиров, Л.А. Аксёнова	293

МЕТОДЫ ТРАДИЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ М.А. Заболотских, Р.А. Валиева, З.У. Куштова	294
ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМ ПОЛИМОРФИЗМОМ ГЕНА АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА Газизянова В.М.	294
РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА И β -АДРЕНОРЕАКТИВНОСТЬ ОРГАНИЗМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ Газизянова В.М.	294
ПРОЛАПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ Чугунова Д.Н.	295
ВРЕМЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБИЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В АССОЦИАЦИИ ПОЛИМОРФИЗМОМ НЕКОТОРЫХ ГЕНОВ КАНДИДАТОВ Цуров Х.М.	295
КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ СВЯЗИ ПУЛЬСОВОГО ДАВЛЕНИЯ С ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЖЕНЩИН Гараева Р.М.	295
КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ СВЯЗИ ПУЛЬСОВОГО ДАВЛЕНИЯ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У ЖЕНЩИН Шигапова Г.С., Давлятшина Р.Р.	296
ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ПЕРЕДНЕ-ЛЕВОГО ГЕМИБЛОКА И СИНДРОМА 3S У БОЛЬНОЙ С БОЛЕЗНЬЮ ХАММАНА-РИЧА Афанасьева Т.Ю., Зиганшина Г.Р.	296
INTERRELATION OF PULSE PRESSURE WITH SOME DATA OF GYNECOLOGICAL HISTORY IN WOMEN D. Salvi	296

СОЦИОЛОГИЯ

СПЕЦИАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ НЕЗРЯЧИХ ДЕТЕЙ Никонова А.А.	297
ИСТОРИЧЕСКАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ ОТНОШЕНИЯ ОБЩЕСТВА К УМСТВЕННО ОТСТАЛЫМ ЛИЦАМ Мифтахова Л.Р.	297
СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СОБЛЮДЕНИЯ БИОЭТИЧЕСКИХ ПРИНЦИПОВ ВРАЧА Сластникова Е.С., Горяева А.Ф., Шакирова Д.К.	297
ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ И ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ КГМУ К БАЛЛЬНО-РЕЙТИНГОВОЙ СИСТЕМЕ И ОЦЕНКЕ ЗНАНИЙ В ХОДЕ МОДУЛЕЙ, ЗАЧЕТОВ И ЭКЗАМЕНОВ Борисов Д.В., Губаева Д.Н., Хисматуллин Р.Р.	298
МЕДИКАЛИЗАЦИЯ ПРОБЛЕМЫ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО МАТЕРИНСТВА Сироткина Е.С.	298
СОЦИАЛЬНОЕ КОНСТРУИРОВАНИЕ ДИАГНОЗА Сафиуллина А.А., Гайнуллина Г.Р., Жидяевский А.Г.	299
КАЗАНЬ: ОПЫТ ГОРОДСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ Папазян Д. Г.	299
ФЕМИНИСТСКИЙ ДИСКУРС В РАБОТАХ В. ВУЛФ Фахретдинова Л.М.	299
ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ ИНТЕРНЕТ-КОММУНИКАЦИЙ УЧАСТНИКОВ СОЦ. СЕТИ «ВКОНТАКТЕ» Залаяев А.Р.	300

СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА, СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА, СОЦИАЛЬНОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ

БЛАГОТВОРИТЕЛЬНАЯ ПОМОЩЬ ДЕТАМ С РЕДКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ (НА МАТЕРИАЛАХ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН) Латыпова А.А.	300
СОЦИАЛЬНОЕ ПАТРОНИРОВАНИЕ СЕМЕЙ, ПОПАВШИХ В СОЦИАЛЬНО ОПАСНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ Хазиева М.М.	301
ТРУДОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ДОМА-ИНТЕРНАТА Ганиева Г.А.	301
АНАЛИЗ ПРОЦЕССА ОРГАНИЗАЦИИ АКЦИЙ НАПРАВЛЕННЫХ НА ОРГАНИЗАЦИЮ ХОСПИСА ДЛЯ ОНКОБОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ В ГОРОДЕ КАЗАНИ Габидуллина М.Ш.	302
ТЕХНОЛОГИИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ МНОГОДЕТНЫМ СЕМЬЯМ Васильева О.А.	302
ТЕХНОЛОГИЯ ОКАЗАНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НА ДОМУ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА Останина Е.А.	302
ТРУДОУСТРОЙСТВО, КАК ВАЖНЕЙШИЙ ЭЛЕМЕНТ СОЦИАЛИЗАЦИИ ИНВАЛИДОВ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН Леонтьева Т.В.	303
АДАПТАЦИЯ МОЛОДЕЖИ В СОВРЕМЕННЫХ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ Мишустина М.А.	303
РОЛЬ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ БЕЗРАБОТНЫХ ГРАЖДАН Кулькова К.Н.	303

ТЕХНОЛОГИИ ФАНДРАЙЗИНГА В РАБОТЕ НЕКОММЕРЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ г. КАЗАНИ Карнаухова Е.С.	304
ТЕХНОЛОГИЯ ОБУЧЕНИЯ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В УНИВЕРСИТЕТЕ ТРЕТЬЕГО ВОЗРАСТА РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН Кузнецова Ю. Д.	304
АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ СКРЫТОГО СУБТИТРИРОВАНИЯ ТЕЛЕВИЗИОННЫХ ПРОГРАММ ОБЩЕРОССИЙСКИХ ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ ОБЩЕДОСТУПНЫХ ТЕЛЕКАНАЛОВ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ «ДОСТУПНАЯ СРЕДА» НА 2011–2015 Г. Александрова Ю.О.	305
СОВРЕМЕННАЯ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОСТЬ: УСЛОВИЯ И ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ (НА МАТЕРИАЛАХ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН) Муртазина Л.Э.	305
ПРОБЛЕМЫ ДОСТУПНОЙ СРЕДЫ И ВОЗМОЖНОСТИ ЗАНЯТОСТИ ИНВАЛИДОВ Насибуллина Я.Р.	305
СОЦИАЛЬНЫЙ ПАТРОНАЖ И СОЦИАЛЬНЫЙ ПАТРОНАТ: СХОДСТВА И РАЗЛИЧИЯ Смирнова А.В.	306
СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА Марданшина Э. Р.	306
СОЦИАЛЬНО ОРИЕНТИРОВАННЫЕ НЕКОММЕРЧЕСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ Аминова Г.А.	307

СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

«БЕБИ-БОКСЫ» – СРЕДСТВО ПРОФИЛАКТИКИ ИНФАНТИЦИДА И СПАСЕНИЯ ЖИЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ-ОТКАЗНИКОВ Михайлова Л.Р.	307
АНАЛИЗ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА «БОЛЬНИЧНЫЙ КЛОУН» В ДЕТСКОЙ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ Габидуллина М.Ш.	307
СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ Марданшина Э. Р.	308

СТОМАТОЛОГИЯ

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕД ПОСЕЩЕНИЕМ СТОМАТОЛОГА Азурова А.Н.	308
УРОВЕНЬ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ НАВЫКОВ У КУРСАНТОВ СУВОРОСКОГО УЧИЛИЩА В ВОЗРАСТЕ 11-13 ЛЕТ Рачинина Е.О.	309
НОВЫЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА Кульченко А.А., Прытков В.А., Паршкова Т.Ю.	309
МАСТИКАЦИОГРАФИЯ КАК МЕТОД ОЦЕНКИ РЕАБИЛИТАЦИИ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО Михеева Е.С.	309
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПЛЕТЕНОЙ НИКЕЛИД ТИТАНОВОЙ МЕМБРАНЫ ПРИ СЕГМЕНТАРНЫХ ДЕФЕКТАХ КОСТИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ Житко А.К.	310
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОКАРИОЗНОЙ ДИЕТЫ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА И ВИТАМИННО – МИНЕРАЛЬНЫМ КОМПЛЕКСОМ «КАЛЬЦЕМИН» Ахметзянова Г.Р.	310
СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ. Галембикова А.Р., Галембикова А.Р.	311
НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА У ДЕТЕЙ Тидген К.В., Сафина Р.М., Мусина Н.А.	311
АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И СТРУКТУРЫ ФОРМ ПЕРИОДОНТИТА ЗУБОВ Березин В.А., Исмагилов О.Р.	311
ЭФФЕКТИВНОСТЬ НИЗКОИНТЕНСИВНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА Усманова Н.Р.	312
РОЛЬ ИММУНОРЕГУЛЯТОРНЫХ ЦИТОКИНОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД МЕНОПАУЗЫ Сабирова М. Н.	312
СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ У РАБОТНИКОВ КАЗАНСКОГО ЗАВОДА РЕЗИНОТЕХНИЧЕСКИХ ИЗДЕЛИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАЖА РАБОТЫ Мартыанова М.В.	313
ИЗУЧЕНИЕ ОСНОВНЫХ ЗАДАЧ ЭРГОНОМИКИ В СТОМАТОЛОГИИ Сморкалова А.О., Сморгалова А.О.	313
ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМ ПЕРИОДОНТИТА У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД ФОРМИРОВАНИЯ КОРНЕЙ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ Юнусова А.А.	313
ВЫБОР АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ В КЛИНИКЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ Шарафутдинова Ю.Н.	314

ОЦЕНКА ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ МЕТОДОВ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ЭНДОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ	
Сморкалова А. О., Сморкалова А. О.	314
РЕЗОРБИЦИЯ КОРНЕЙ В ПРОЦЕССЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ	
Игнатъева Л.А., Парфенова О.С.	315
СОСТОЯНИЕ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА У ОРТОДОНТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	
Усманова Н.Р., Тарасова А.О., Галимова А.Р.	315
РАЗРАБОТКА ПОДХОДОВ К УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	
Макарова Н.А., Сафин В.И., Загородская Е.В.	315
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ УЛЬТРАФОНОФЕРЕЗА 15% РАСТВОРА ДИМЕФОСФОНА ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ КАРИЕСОМ ЗУБОВ	
Захарова О. В.	316
ПОКРЫВНЫЕ ПРОТЕЗЫ В КЛИНИКЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ	
Усманова Н.Р., Салеева Л.Р.	316
ПРИМЕНЕНИЕ ЗАМКОВЫХ СИСТЕМ ФИКСАЦИИ ПРИ ДЕФЕКТАХ ЗУБНЫХ РЯДОВ	
Усманова Н.Р.	317
МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПЛОТНОСТИ СОЕДИНИТЕЛЬНЫХ УЗЛОВ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ	
Хафизов И.Р.	317
ИНФРАКРАСНАЯ ТЕРМОГРАФИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ	
Игнатъева Л.А.	317
НАКОПЛЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ КАК ОСНОВА ДЛЯ РАЗВИТИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ	
Залавина О. А., Пушилини П. И., Лопушинская А. А.	318
ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ ПЛОДА В УСЛОВИЯХ ВИБРОВОЗДЕЙСТВИЯ	
Залавина О. А., Скрипалёва Т. П., Бирюкова М. В.	318
ПРИМЕНЕНИЕ НЕЙЛОНОВЫХ ПРОТЕЗОВ В КЛИНИКЕ	
Низамутдинова Д.Ш., Салеева Л.Р.	318
КОНУСНО-ЛУЧЕВАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В КЛИНИКЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ	
Баязитова З. А., Гилязов Б. И.	319
ПРИМЕНЕНИЕ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И КОРОТКОЦЕПОЧЕЧНЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ ДЛЯ ВЫБОРА ОПТИМАЛЬНОГО СПОСОБА ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ	
Турусова Е.В.	319
ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЯ, КАК НЕОБХОДИМЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ЗУБО-ЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ	
Усманова Г.И., Киселева И.И.	320
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ СРЕДИ СТУДЕНТОВ IV КУРСА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА КГМУ	
Цветков Н.Ю.	320
АНТИСЕПТИЧЕСКИЕ ПОВЯЗКИ В ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ	
Фазлиева Л.И., Гаврильчик Т.С.	321
ОПТИМИЗАЦИЯ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ЗА СЧЕТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ УСТРОЙСТВ СКЕЛЕТНОЙ ОПОРЫ	
Венатовская Н.Н.	321
ПРЕЦИЗИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ НА ИМПЛАНТАТАХ	
Тарасова А.О., Гусамова А.Р.	321
СИСТЕМА КОМПЬЮТЕРНОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ И ИЗГОТОВЛЕНИЯ БЕЗМЕТАЛЛОВЫХ КОНСТРУКЦИЙ НА ОСНОВЕ ОКСИДА ЦИРКОНИЯ	
Гарипов А.Х.	322
СПОСОБЫ УЛУЧШЕНИЯ АДГЕЗИИ ПЛАСТМАССЫ К МЕТАЛЛУ	
Нургаянов И.И.	322
КЕЛОИДНЫЕ РУБЦЫ В ЧЛО	
Патшина Е.Н., Эдвардссон Г.Г.	322
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕМИНЕРАЛИЗУЮЩЕГО ГЕЛЯ У ПАЦИЕНТОВ С НЕСЪЕМНЫМИ КОНСТРУКЦИЯМИ	
Торгашина А.Г.	323
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕМИНЕРАЛИЗУЮЩЕГО ГЕЛЯ R.O.C.S. MEDICAL MINERALS НА ПОДГОТОВИТЕЛЬНОМ ЭТАПЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ	
Гриценко Е. А.	323

СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА

ДЕТОУБИЙСТВО: СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ	
Мазитова К.Н.	324
ОСОБЕННОСТИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ТОКСИМЕТРИИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ УГАРНЫМ ГАЗОМ, СОЧЕТАННЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ	
Сиразитдинов М.Р.	324
АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ СМЕРТИ ОТ ОСТРОГО ОТРАВЛЕНИЯ ОКИСЬЮ УГЛЕРОДА В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН ЗА 2012 ГОД	
Сиразитдинов М.Р.	324
ОСОБЕННОСТИ ИЗЪЯТИЯ И НАПРАВЛЕНИЯ ВЕЩЕСТВЕННЫХ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ С ЦЕЛЬЮ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИКО-КРИМИНАЛИСТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ	
Сиразитдинов М.Р.	325

ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ

ПРЕИМУЩЕСТВА ПРИМЕНЕНИЯ ПИРОУГЛЕРОДА В УЗЛЕ ПОДВИЖНОСТИ ЭНДОПРОТЕЗОВ КРУПНЫХ СУСТАВОВ Ксенофонтов М.А., Кибиткин А.С., Ксенофонтов М.А.	325
ПРИМЕНЕНИЕ БИОПРОТЕЗОВ ИЗ КСЕНОПЕРИКАРДА ДЛЯ ПЛАСТИКИ РАЗРЫВОВ АХИЛЛОВА СУХОЖИЛИЯ Сретенский С.В. Слетов А.М.	326
ОСОБЕННОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ В ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ Сретенский С.В. Слетов А.М.	326
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ В ДТП В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН Ахметзянов Н.Н.	327
ПРИЧИНЫ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОГО ТРАВМАТИЗМА В РТ Ахметзянов Н.Н., Насыбуллин А.Р.	327
ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, ПОСТРАДАВШИМ В ДТП В РТ Насыбуллин А.Р., Ахметзянов Н.Н.	327
ПРОБЛЕМА СМЕРТНОСТИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ДТП Насыбуллин А.Р.	328
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСТЕОРЕГЕНЕРАЦИИ В УСЛОВИЯХ ПРИМЕНЕНИЯ ИМПЛАНТАТОВ С ПОКРЫТИЯМИ НА ОСНОВЕ СВЕРХТВЕРДЫХ СОЕДИНЕНИЙ Мечов М.П., Бакланова Д.А.	328
ВЫВИХ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ Гиматдинова Л.И., Ахметшина Г.Ф.	328
ЛЮФТОВЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ В ГОЛЕНОСТОПНОМ СУСТАВЕ Садыков Р.Ф., Иванцов Е.Н., Вульфсон К.В.	329
ГНОЙНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ Галиуллина З.Р.	329
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ ОБЛАСТИ КОЛЕННОГО СУСТАВА Хабибулина А.Р., Исмагилова З.М.	329
СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ РЯДА СЫВОРОТОЧНЫХ МАРКЕРОВ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ОСТЕОСИНТЕЗЕ ИМПЛАНТАМИ С ПОКРЫТИЕМ НИТРИДАМИ ТИТАНА И ГАФНИЯ Добровольский И. Е.	330
КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕПОЛНЫМ ПОВОРОТОМ КИШЕЧНИКА В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ Зейналов Н.З., Сабиров Ж.Ф.	330
АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА Ситдикова Д.И., Уразманова Н.А., Сычёв В.И.	331
ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ПЛАНТОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА Фарук М., Шарафутдинов Р.Р.	331
СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И КОМПЛАЕНТНОСТИ ПЕРОРАЛЬНЫХ И ИНЪЕКЦИОННЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ КРУПНЫХ СУСТАВОВ Зиннурова И.Р., Баязитова К.И.	331
ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ, ОСЛОЖНЕННЫХ ГНОЙНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ Файзуллин Я.В.	332
СМЕРТНОСТЬ И ИНВАЛИДНОСТЬ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ (ДТП) И ПУТИ ИХ СНИЖЕНИЯ Файзуллин Я.В.	332
К ВОПРОСУ ИЗУЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОНЕЧНОСТЕЙ Файзуллин Я.В.	333
РАБОТА ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ПРИ МАССОВОМ ПОСТУПЛЕНИИ ПОРАЖЕННЫХ Габаева Д.Ф.	333

УРОЛОГИЯ

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА Касимов М.Р.	333
ПОКАЗАНИЯ К КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Абдурахманов Р.А.	334
ФАРМАКОТЕРАПИЯ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ФОНЕ ЭНДОТОКСЕМИИ Волкова М.В., Красникова И.Е., Кочеткова Т.А.	334
АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА Камалетдинов Р.Э.	335
ВЛИЯНИЕ УБИХИНОНА НА АНТИОКСИДАНТНЫЙ СТАТУС ЭЯКУЛЯТА IN VITRO Галимова С.Ш.	335
АБДОМИНОПЛАСТИКА И ЛИПОСАКЦИЯ ЖИВОТА. ЧТО ЛУЧШЕ ДЛЯ ПАЦИЕНТА? АЛЬТЕРНАТИВА ИЛИ КОМБИНАЦИЯ? Трондин А.А., Мугинов Р.Н., Халиков М.М.	335
МЕТОД ФОРМИРОВАНИЯ ПСЕВДОТЕСТИКУЛ У ПАЦИЕНТОВ С ГЕНИТАЛЬНЫМИ АНОМАЛИЯМИ Соколов М.Е., Хазиев А.Д., Галиев И.З.	336
ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ МАЛЫХ ПОЛОВЫХ ГУБ Мугинов Р.Н., Хайбуллин В.Ш., Хазиахметова Г.Ю.	336
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ Овчинников П.Д.	337

ФАРМАЦИЯ

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ИНТЕРПОЛИМЕРНЫХ КОМПЛЕКСОВ Eudragit EPO/L100(S100) КАК НОСИТЕЛЕЙ ДЛЯ ГАСТРОРЕТЕНТИВНОЙ СИСТЕМЫ ДОСТАВКИ	
Исмагилова Л.Г.	337
СОЛЕОБРАЗОВАНИЕ КАК СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ РАСТВОРИМОСТИ 2-МЕТИЛТИО-6-НИТРО-1,2,4-ТРИАЗОЛО[5,1-С]-1,2,4-ТРИАЗИН-7(4Н)-ОНА, ЭФФЕКТИВНОГО ПРОТИВОВИРУСНОГО АГЕНТА	
Новикова Н.А.	338
ИЗУЧЕНИЕ АНТИМИКРОБНОЙ АКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА ИЗ ЗВЕРОБОЯ ПРОДЫРЯВЛЕННОГО	
Сидорова Н.Ю.	338
РАЗРАБОТКА СОСТАВА И ТЕХНОЛОГИИ СИРОПА АМИНОКАПРОНОВОЙ КИСЛОТЫ	
Григорьева О.Н.	338
РАЗРАБОТКА СОСТАВА И ТЕХНОЛОГИИ МАЗИ РАНОЗАЖИВЛЯЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ	
Шайхутдинова Р.В.	339
МНОГОФАКТОРНОЕ МАТЕМАТИЧЕСКОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ ПОТРЕБНОСТИ В ПРОТИВОАСТМАТИЧЕСКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТАХ ДЛЯ СТАЦИОНАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН	
Шубина К.А.	339
МАРКЕТИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОТРЕБЛЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ БОЛЬНЫМИ РОЖЕЙ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ	
Гибадуллина Р.Г.	339
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПОТРЕБНОСТИ В ПРОТИВОАСТМАТИЧЕСКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТАХ МЕТОДОМ МНОГОФАКТОРНОГО МАТЕМАТИЧЕСКОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ	
Камаева А.З.	340
ИЗУЧЕНИЕ ЭКСТРАКЦИИ ВКВ-1 ИЗ ВОДНЫХ РАСТВОРОВ ОРГАНИЧЕСКИМИ РАСТВОРИТЕЛЯМИ	
Мантуров Д.С., Мельник М.В., Карпенко Ю.Н.	340
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ШТАТНОЙ ЧИСЛЕННОСТИ ПРОВИЗОРОВ И ФАРМАЦЕВТОВ АПТЕЧНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ОТПУСКОМ ГОТОВЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ	
Якупова Р.Р.	340
АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА ПРЕПАРАТОВ, ИСПОЛЪЗУЕМЫХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВИРУСА ПРОТОГО ГЕРПЕСА ГУБ В Г. КАЗАНИ	
Сафарова Ф.Ф.	341
РАЗРАБОТКА МЕДИЦИНСКОГО КАРАНДАША С АЦИКЛОВИРОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВИРУСА ПРОСТОГО ГЕРПЕСА ГУБ	
Сафарова Ф.Ф.	341
РАЗРАБОТКА МЕТОДИК ИДЕНТИФИКАЦИИ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНОГО ВЕЩЕСТВА С ПСИХОТРОПНОЙ АКТИВНОСТЬЮ	
Макарова Е.А.	342
СТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА ПРОТИВОАСТМАТИЧЕСКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ	
Камаева А.З.	342
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ АНАЛИЗА ЛИСТЬЕВ ЭВКАЛИПТА ПРУТОВИДНОГО	
Макарова А.С.	342
ИССЛЕДОВАНИЕ НОСИТЕЛЕЙ НА ОСНОВЕ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ CARBOROL®	
Гарипова В.Р., Буховец А.В., Ситенков А.Ю.	343
СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ИНТЕРПОЛИМЕРНЫХ КОМПЛЕКСОВ НА ОСНОВЕ ХИМИЧЕСКИ КОМПЛЕМЕНТАРНЫХ СОПОЛИМЕРОВ EUDRAGIT® С ПОЗИЦИИ ПРИМЕНЕНИЯ ИХ В КАЧЕСТВЕ НОСИТЕЛЕЙ ДЛЯ КОНТРОЛИРУЕМОЙ ДОСТАВКИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ	
Буховец А.В.	343
КУЛОНОМЕТРИЧЕСКОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВОДЫ В СУБСТАНЦИИ МОКСИФЛОКСАЦИНА ГИДРОХЛОРИДА	
Калинкина Е.А.	343
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРОЦЕССЕ АНАЛИЗА ЦЕН НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА	
Бариев М.Ф.	344
ОЦЕНКА ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ НОВЫХ МЕТИОНИНОВЫХ КОМПЛЕКСОВ МЕДИ НА МОДЕЛИ ОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ	
Игнатъева Л.А., Каримова Д.Р.	344
СТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ ОКАЗАНИИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ВИЧ - ИНФИЦИРОВАННЫМ БОЛЬНЫМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С	
Павлов Д.В.	345
ВЫБОР ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ТАБЛЕТОК-ЯДЕР АНТИГИСТАМИННОГО ПРЕПАРАТА ПОСЛЕДНЕГО ПОКОЛЕНИЯ	
Лефтерова М.И.	345
РАЗРАБОТКА НОВОГО СОСТАВА ПЛЕНОЧНОГО ПОКРЫТИЯ ТАБЛЕТОК, РАСТВОРИМОГО В ЖЕЛУДОЧНОМ СОКЕ	
Кашапова К.И.	345
ИЗУЧЕНИЕ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПРОВИЗОРОВ АПТЕК ПОДГОТОВКОЙ В ОБЛАСТИ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И ИЗУЧЕНИЕ ПОТРЕБИТЕЛЬСКИХ ПРЕДПОЧТЕНИЙ В ИСПОЛЬЗОВАНИИ АВТОМАТИЗИРОВАННЫХ СИСТЕМ УПРАВЛЕНИЯ	
Минапов Л.Н.	346
ОПЫТ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ 1-ГО КУРСА С ФОТОАППАРАТОМ ПО ТЕМЕ «ПРИСПОСОБЛЕНИЕ РАСТЕНИЙ К ЗИМНЕМУ ПЕРИОДУ ПОКОЯ»	
Галимова Л.Ф., Угольцова В.Н.	346

ФИЗИОЛОГИЯ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

ВЛИЯНИЕ КОМБИНАЦИИ АМИТРИПТИЛИНА И МИАНСЕРИНА НА ПОВЕДЕНИЕ МЫШЕЙ В ТЕСТЕ «ПОДВЕШИВАНИЕ ЗА ХВОСТ»	
Гайдук А.В.	346
НАРУШЕНИЕ МЕХАНИЗМОВ РЕГУЛЯЦИИ СОКРАТИМОСТИ МИОКАРДА В МОДЕЛИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА	
Леушина А.В., Нуриева Л.Р., Халиуллина Д.Ф.	347
ВЛИЯНИЕ КСЕНОТРАНСПЛАНТАЦИИ ГЕНЕТИЧЕСКИ МОДИФИЦИРОВАННЫХ МОНОУКЛЕАРНЫХ КЛЕТОК ПУПОВИННОЙ КРОВИ НА ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ТРАНСГЕННЫХ МЫШЕЙ С МОДЕЛЬЮ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА	
Петухова Е.О., Николаева Я.В., Мухамедьяров М.А.	347
СИНАПТИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПРИ НЕЙРОДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ	
Салимзянова М.И., Григорьев П.Н., Мухамедьяров М.А.	348
ЗАВИСИМОСТЬ ПРЕДПОЧТЕНИЯ ГЛЮКОЗЫ ОТ СТЕПЕНИ АЛКОГОЛИЗМА У КРЫС	
Бортникова А.К.	348
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВЕРТИКАЛЬНОЙ УСТОЙЧИВОСТИ У ГРЕБЦОВ-АКАДЕМИСТОВ РАЗЛИЧНОЙ КВАЛИФИКАЦИИ	
Мударисова Р.Р., Лутфуллин И.Я., Мухамедьяров М.А.	348
ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ВНОВЬ СИНТЕЗИРОВАННЫХ ПРОИЗВОДНЫХ УРАЦИЛА НА СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОЕ ОКИСЛЕНИЕ	
Петрова И.В., Фархутдинов Р.Р., Катаев В.А.	349
РОЛЬ ХОЛЕСТЕРИНА В ПОДДЕРЖАНИИ СТРУКТУРЫ САЙТОВ ЭКЗОЦИТОЗА В ДВИГАТЕЛЬНОМ НЕРВНОМ ОКОНЧАНИИ ЛЯГУШКИ	
Петров А.М.	349
ЭФФЕКТЫ 5-АЛЬФА-ХОЛЕСТАН-3-ОНА НА ЭКЗОЦИТОЗ СИНАПТИЧЕСКИХ ВЕЗИКУЛ ДВИГАТЕЛЬНОГО НЕРВНОГО ОКОНЧАНИЯ МЫШИ	
Касимов М.Р.	349
ЗАВИСИМОСТЬ ЭФФЕКТОВ АКТИВАЦИИ БЕТА-2-АДРЕНОРЕЦЕПТОРОВ ПРЕДСЕРДИЙ МЫШИ ОТ СОДЕРЖАНИЯ МЕМБРАННОГО ХОЛЕСТЕРИНА	
Одношилкина Ю.Г., Петров А.М.	350
ЗНАЧЕНИЕ ХОЛЕСТЕРИНА В РЕГУЛИРОВАНИИ СПОНТАННОГО ЭКЗОЦИТОЗА В НЕРВНО-МЫШЕЧНЫХ СИНАПСАХ ХОЛОДНОКРОВНЫХ И ТЕПЛОКРОВНЫХ ЖИВОТНЫХ	
Яковлева А.А.	350
ИНОТРОПНОЕ ДЕЙСТВИЕ ФЛАВОНОИДА ГИСПИДУЛИНА НА СОКРАТИТЕЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ МИОКАРДА КРЫСЫ	
Хушматов Ш.С.	350
ОЦЕНКА СОДЕРЖАНИЯ CD117+ КЛЕТОК В КОСТНОМ МОЗГЕ, КРОВИ И ПОЧКАХ МЫШЕЙ ПРИ ЧАСТИЧНОЙ НЕФРЭКТОМИИ	
Казакова И.А., Ляпунов В.А.	351
ИССЛЕДОВАНИЕ ЭЛЕКТРОХИМИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ЖЕЛЧИ	
Панюшкина Л.И., Герасимов А.В., Геращенко С.М.	351
РЕГЕНЕРАТИВНЫЕ СВОЙСТВА ПРИРОДНЫХ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ	
Сатаева Т.П.	352
ИССЛЕДОВАНИЕ РОЛИ ПОТЕНЦИАЛ-ЗАВИСИМЫХ КАЛИЕВЫХ КАНАЛОВ В ЭФФЕКТАХ СЕРОВОДОРОДА НА СПОНТАННУЮ СОКРАТИТЕЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ ТОЩЕЙ КИШКИ КРЫСЫ	
Сабируллина Г.И., Шафигуллин М.У.	352
ВЛИЯНИЕ АНТИДЕПРЕССАНТА ФЛУОКСЕТИНА НА ИНОТРОПНУЮ ФУНКЦИЮ МИОКАРДА ЖЕЛУДОЧКОВ В ПОСТНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ	
Матвеева В.Л., Чибирева М.Д.	353
ИНОТРОПНАЯ ФУНКЦИЯ МИОКАРДА ПРИ БЛОКАДЕ ФЕРМЕНТА СИНТЕЗА СЕРОТОНИНА	
Чибирева М.Д., Матвеева В.Л.	353
ЭФФЕКТЫ СЕРОВОДОРОДА НА СОКРАТИМОСТЬ ПРЕДСЕРДИЯ МЫШИ В УСЛОВИЯХ АКТИВАЦИИ β -АДРЕНОРЕЦЕПТОРОВ	
Лифанова А.С., Хаертдинов Н.Н.	353
ВЛИЯНИЕ СЕРОВОДОРОДА НА МЕМБРАННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ КУЛЬТУРЫ КЛЕТОК GH3 ГИПОФИЗА КРЫСЫ	
Мустафина А.Н.	354
ЭКСПРЕССИЯ 5-HT _{2B} РЕЦЕПТОРОВ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА СТРУКТУРУ МИОКАРДА НА ЭМБРИОНАЛЬНОМ ЭТАПЕ РАЗВИТИЯ ЧЕЛОВЕКА.	
Билалова Д.Ф.	354
СПОНТАННАЯ И ВЫЗВАННАЯ СЕКРЕЦИИ МЕДИАТОРА: РАЗЛИЧНЫЕ ПУТИ РЕЦИКЛИРОВАНИЯ	
Григорьев П.Н.	355
ЭФФЕКТЫ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО РАСТВОРА ПОЛИЭТИЛЕНГЛИКОЛЯ НА СЕКРЕЦИЮ МЕДИАТОРА И ЭКЗО-ЭНДОЦИТОЗ СИНАПТИЧЕСКИХ ВЕЗИКУЛ В НЕРВНО-МЫШЕЧНОМ СИНАПСЕ МЫШИ	
Мавлиева А.Ф.	355

ФИЛОСОФИЯ

ПОСЛЕДСТВИЯ ТЕОРИИ З. ФРЕЙДА В МОРАЛЬНО- ЭТИЧЕСКИХ ИМПЕРАТИВАХ ЗАПАДНОЙ КУЛЬТУРЫ	
Семёнова М.В.	355
МОРАЛЬНЫЕ И ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АБОРТОВ	
Ляхова Е.А.	356
ГУМАНИЗМ ИЛИ ПРОФЕССИОНАЛИЗМ?	
Шарипова Р.Р.	356

ПРОБЛЕМА ЭВТАНАЗИИ: ЭТИЧЕСКИЙ И ЮРИДИЧЕСКИЙ АСПЕКТ Шакирова Р.Р.	356
ГЕНЕЗИС МЕДИЦИНЫ ДРЕВНЕГО КИТАЯ: АНАЛИЗ ТРАКТАТА «НЕЙ-ЦЗИН» Нургатина И.И.	357
ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ФЕНОМЕНА ВАРВАРСТВА В СОЧИНЕНИЯХ ИБН – ХАЛЬДУНА Гаязова С. Р.	357
ФИЛОСОФСКИЕ ОСНОВАНИЯ ПОЛОЖЕНИЙ «КАНОНА ВРАЧЕБНОЙ НАУКИ» ИБН-СИНЫ Ахметханов, Валеев	358
ПАРЛАМЕНТСКИЕ ДЕБАТЫ, КАК СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ МИРОВОЗЗРЕНИЯ: ОБОБЩЕНИЕ ОПЫТА РАБОТЫ КЛУБА ДЕБАТОВ КАЗАНСКОГО ГМУ Граница А.С.	358
ИНТУИЦИЯ В ФИЛОСОФСКОМ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ АСПЕКТАХ Граница А.С.	358
ПРОБЛЕМА ЛЮБВИ В ТВОРЧЕСТВЕ В. СОЛОВЬЕВА И З. ФРЕЙДА: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ Пономарёва А.В.	359

ФТИЗИОПУЛЬМОЛОГИЯ

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГЕПАТОПРОТЕКТОРОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ Каримова А.А.	359
ОСОБЕННОСТИ СТАТУСА ИНФИЦИРОВАННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ РАБОТНИКОВ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ Ваганова У.С., Сысоев П.Г., Полищук А.В.	360
АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ СРЕДСТВ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ, С СОПУТСТВУЮЩЕЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ Павлова М.А.	360

ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

НОВЫЙ СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КАРБУНКУЛА КОЖИ Лукашевич М.И.	361
СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ ГАСТРОДУОДЕНОАНАСТОМОЗА С ИССЕЧЕНИЕМ МАЛОГО САЛЬНИКА В ХИРУРГИИ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ Нишанов М.Ф.	361
РОЛЬ КОАГУЛЯЦИОННО-ЛИТИЧЕСКИХ МОДИФИКАЦИЙ ТКАНЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА Кормишкин А.Е., Майданов А.Р., Демина Е.И.	362
НОВЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ Суслов А.В., Трофимов А.В., Кудрявцев П.А.	362
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПРИ НАРАСТАЮЩЕЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ Герасимов А.В., Розен В.В.	362
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ СЕРДЦА Велиева Л.М.	363
ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ В СЛУЧАЕ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ Бусыгина Е.В., Шакиров Р.Р., Магдиев Б.И.	363
ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БОЛЬШОГО САЛЬНИКА ДЛЯ ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТОВ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ И КОСТЕЙ СВОДА ЧЕРЕПА Халитов Р.М., Бусыгина Е.В., Баширов И.Ф.	363
ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ОПЕРАТИВНОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ КОЖНОГО ПОКРОВА У ПАЦИЕНТОВ С ПРОЛЕЖНЯМИ Подшивалов И.А., Маркосян В.А., Баширов И.Ф.	364
ТАКТИКА ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОБШИРНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ КИСТИ Бусыгина Е.В., Ардашев С.А., Жаруллов Д.А.	364
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ВЫДЕЛЕНИЯ АУТОВЕНЫ ДЛЯ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ Варламов А.Г., Бикчантаев А.А.	365
К ВОПРОСУ ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ДЕТРАЛЕКСА ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ Умаров Н.А.	365
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ ВЕНОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ Мугинов Р.Н., Шакиров Р.Р., Магдиев Б.А.	365
МЕТОДИКА РЕПЛАНТАЦИИ ПАЛЬЦЕВ Егоров Э.О., Подшивалов И.А., Маркосян В.А.	366
МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИЯ ТКАНЕЙ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ Халиков М.М., Жаруллов Д.А., Бусыгина Е.В.	366
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ СЕРДЦА Галембикова А.Р., Галембикова А.Р.	367
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ Саматошенков И.В.	367

ДИССЕКТОР ДЛЯ РАССЕЧЕНИЯ СПАЕК ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ Измайлов А.А., Измайлова М.А.	367
УСТРОЙСТВО ДЛЯ ОБРАБОТКИ РАНЕВОЙ ПОВЕРХНОСТИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ Измайлов А.А., Измайлова М.А.	368
ДЕЛИРИЙ ПРИ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЯХ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ РЕАНИМАЦИОННОГО ПРОФИЛЯ Гайсина И.Н., Набиуллина А.Л.	368

ЭКОЛОГИЯ ЧЕЛОВЕКА И ГИГИЕНА ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ

СОСТОЯНИЕ ВОЗДУШНОГО БАССЕЙНА ГОРОДА КАЗАНИ (ПОДГОТОВКА К УНИВЕРСИАДЕ) Лопатиева А.О.	369
ОПТИМИЗАЦИЯ СГМ Сафандеев В.В.	369
ИНДЕКС БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА НИЖНЕКАМСК Мударисова Р.Р.	369
К ОСНОВНИЮ ТЕХНИЧЕСКОГО РЕГЛАМЕНТА ПО ЭКСПЛУАТАЦИИ ГОРОДСКИХ ФОНТАНОВ Назарова И.Ю.	370
ИНДЕКС БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ МАМАДЫШСКОГО ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ Махмутова А.И.	370
ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЗАГРЯЗНЕНИЯ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА ГОРОДА КАЗАНИ ВЫБРОСАМИ АВТОТРАНСПОРТА Ахметзянова И.Ф.	371
ИСТОРИЯ КАЗАНСКОГО ВОДОПРОВОДА Ильдарханова Г.Г.	371
ВОДОСНАБЖЕНЕ НАСЕЛЕНИЯ ПОСЕЛКА «ДЕРБЫШКИ» Тасаева А.В.	372
ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ЗАГРЯЗНЕНИЯ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА В ГОРОДЕ НИЖНЕКАМСКЕ Гилязиева Ф.И.	372
САНИТАРНО – ЭПИДЕИОЛОГИЧЕСКАЯ ОБСТАНОВКА И ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ ГОРОДА НАБЕРЕЖНЫЕ ЧЕЛНЫ Никитина А.Э.	372

ЭКОНОМИКА И УПРАВЛЕНИЕ В СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЕ

ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ Ильина М.Г.	373
СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН Николаева Т.Г.	373
ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПОНЯТИЯ СОЦИАЛЬНОЕ ПОСОБИЕ Исаева Е.А.	374
СТАНДАРТИЗАЦИЯ УСЛУГ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ: ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ Абдулхакова Г.З.	374
ДОСТУПНОСТЬ УСЛУГ ЦЕНТРОВ ЗАНЯТОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ДЛЯ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ Шагимуратова И.К.	374
МЕРЫ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА (НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН) Шакирова А.Ф.	375
ПЛАТНЫЕ СОЦИАЛЬНЫЕ УСЛУГИ В СФЕРЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ Сиразетдинова А.Н.	375
СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ УСЛУГИ СЕМЬЯМ Холодова А.Д.	376

ЭКСТРЕМАЛЬНАЯ И ВОЕННАЯ МЕДИЦИНА

ПРОБЛЕМЫ В ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ МАССОВЫХ ОЖОГОВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ Тарасова А.О.	376
УЧАСТИЕ МЕДИЦИНСКИХ ФОРМИРОВАНИЙ ПРИ ЛИКВИДАЦИИ ЧС В РФ Загородская Е.В.	377
САНИТАРНО-ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПОСТРАДАВШЕГО НАСЕЛЕНИЯ, ЭВАКУИРУЕМОГО ИЗ РАЙОНОВ СТИХИЙНЫХ БЕДСТВИЙ, АВАРИЙ И КАТАСТРОФ. Гарипов А.Х.	377
ОТРИЦАТЕЛЬНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ МИКРОВОЛН НА УПОТРЕБЛЯЕМУЮ ЧЕЛОВЕКОМ ПИЩУ Замалиева Н.Ф.	377
СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПОРАЖАЮЩЕМ ДЕЙСТВИИ АВАРИЙНО ХИМИЧЕСКИ ОПАСНЫХ ВЕЩЕСТВ. Галиуллина Л.М.	378
ПРОБЛЕМА УТИЛИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ОТХОДОВ Усманова Н.Р.	378
ОРГАНИЗАЦИЯ ЗАЩИТЫ МЕДИЦИНСКОГО ИМУЩЕСТВА В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ МИРНОГО И ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ Якубова А.Ш.	379

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО СНАБЖЕНИЯ В РЕЖИМЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ Горелкин И.В.	379
ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ Цветков Н.Ю.	379
ЗЕМЛЕТРЯСЕНИЕ, КАК ИСТОЧНИК НАРУШЕНИЯ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО И ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ Аллахвердиева Э.Н.	380
ГИДРОТЕХНИЧЕСКИЕ СООРУЖЕНИЯ – ИСТОЧНИК ТЕХНОГЕННОЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ Захарова О. В., Сабирова М.Н.	380
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЧС Лукьянова А.О.	380
ЛЕЧЕБНО – ЭВАКУАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ Азуров М. И.	381
ТАЙФУНЫ И УРАГАНЫ КАК ИСТОЧНИКИ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ. ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ДЛЯ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ Нигметзянова А.Р.	381
ОКАЗАНИЕ ГУМАНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ Каримова Д.Р., Ахсанов А.Р.	382
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АДСОРБИРУЮЩИХ СВОЙСТВ ЭНТЕРОСОРБЕНТОВ ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ ТОКСИКАНТАМИ Галимова Г.А.	382
ПРИЁМНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ - ПЕРВОЕ В РОССИИ Лашманова Ю.В., Зиннуров А.Р.	383

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПОДХОДОВ К ВАКЦИНАЦИИ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ПНЕВМОКОККОВОЙ ВАКЦИНОЙ "ПНЕВМО-23" Амерханова Р.М.	383
ОСНОВНЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВБИ В УЧРЕЖДЕНИЯХ И ОТДЕЛЕНИЯХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ В 2005-2011 годах Смирнов С.П.	384
ХОЛОДОВАЯ ЦЕПЬ – ВАЖНЕЙШИЙ КОМПОНЕНТ ОРГАНИЗАЦИИ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ Бастракова Н.В.	384
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАРВОВИРУСНОЙ В19 ИНФЕКЦИИ Махмутова Г.И., Махмутова Г.И., Рамазанова Л.Р.	384
СИСТЕМА ПНЕВМОПОЧТЫ, КАК ФАКТОР РИСКА ВБИ Гусева К.Г., Тимерзянов М.И.	385
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН Хакимова Ф.Н.	385
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ИММУНОПРОФИЛАКТИКА ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В Еремеева Ж.Г.	386
ИСТОРИЯ ФОРМИРОВАНИЯ УФСИН В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН Валеева Ф.Р.	386
ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УЧРЕЖДЕНИЯХ УФСИН РТ Валеева Ф.Р.	386
ОЦЕНКА ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ Сафина Э.И.	387
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В И С В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН Соломанина Ю.С.	387
ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ Хакимова Ф.Н.	387
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ БОРЬБЫ С ПНЕВМОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ Амерханова Р.М.	388
РЫНОК ВАКЦИНАЦИИ В РОССИИ Гилязиева Ф.И.	388
ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ ПАПИЛЛОМАВИРУСА ЧЕЛОВЕКА Лопатиева А.О.	389
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВИЧ / СПИДА И ТУБЕРКУЛЕЗА В АФГАНИСТАНЕ Фарук М.	389
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В РЕСПУБЛИКЕ АФГАНИСТАН Фарук М.	389
ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ БОЛЕЗНИ И СМЕРТНОСТЬ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ В РТ Сафина Э.И.	390
ФАКТОРЫ РИСКА РАННЕЙ СМЕРТНОСТИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ УМЕРШИХ В 2009-2011ГГ. В РТ Шарипова А.Г.	390
ВЕТРЯНАЯ ОСПА КАК МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА Василенко Я.О.	391

СЕКЦИЯ УЧАЩИХСЯ ШКОЛ

НЕ ОБОРВЕТСЯ ЖИЗНИ НИТЬ Фасхутдинов И.А.	392
СЕРДЦЕ СВОЁ РАЗДАРИЛ ПО КУСОЧКАМ БОЛЬНЫМ Ткачёва А.В.	392
БИОГРАФИИ УЧЕНЫХ-МЕДИКОВ И ВЫДАЮЩИХСЯ ВРАЧЕЙ-ВЫПУСКНИКОВ КГМУ Снадина Л.В.	393
А.В. И А.А. ВИШНЕВСКИЕ. ИНСТИТУТ ХИРУРГИИ ИМЕНИ А.В. ВИШНЕВСКОГО. ОТДЕЛЕНИЕ ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ Сидуллина Е.Ю.	393
ПРОФЕССОР ВИКТОР КОНСТАНТИНОВИЧ МЕНЬШИКОВ Романов М.А.	394
БИОГРАФИЯ УЧЕНОГО-МЕДИКА И ВЫДАЮЩЕГОСЯ ВРАЧА – ВЫПУСКНИКА КГМУ Гильмутдинов И.	394
НИКОЛАЙ ВЛАДИМИРОВИЧ СОКОЛОВ. СЕРДЦЕ, ОТДАННОЕ ЛЮДЯМ Валеева Г.М.	394
С.В. КУРАШОВ – ИЗВЕСТНЫЙ ВРАЧ-ПСИХИАТР Газизова И.Н.	395
УЧЕНЫЙ И ИССЛЕДОВАТЕЛЬ Желтухина А.Ф.	396
ГОРДОСТЬ РОССИИ ВЫДАЮЩИЙСЯ РУССКИЙ УЧЕНЫЙ КЛЮШКИН ИВАН ВЛАДИМИРОВИЧ Клюшкина М.С.	396
УЛИЦА ПРОФЕССОРА МУХАМЕДЬЯРОВА, ИЛИ СВЯЗЬ ПОКОЛЕНИЙ Кузьмина Д.И.	397
ЧЕЛОВЕК И МЕДИЦИНА Мухамадиева В.Н.	397
ОТОРИНОЛАРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ В КАЗАНИ: ИСТОКИ И СОВРЕМЕННОСТЬ Насрутдинова М.Р.	398
ТЫ ЛЮБИЛ ЖИЗНЬ Нуретдинова Э.З.	399
БИОГРАФИЯ БАЕВА АЛЕКСАНДРА АЛЕКСАНДРОВИЧА Пермитина Ю.	400
ЗИГАНГАРЕЕВА ГАДИЛЯ ЗИННАТУЛЛОВНА – ВЫДАЮЩИЙСЯ ВРАЧ – ВЫПУСКНИК КГМИ Устинова М.А.	401
НИКОЛАЙ ИВАНОВИЧ СТУДЕНСКИЙ Савина А.	401
ЛЕВ ЛЬВОВИЧ ЛЕВШИН (1842-1911) Мцариашвили Н.	402
АЛЕКСАНДР ВАСИЛЬЕВИЧ ВИШНЕВСКИЙ Широпатина И., Габдуллина К.	403
АДАМЮК ЕМИЛИАН ВАЛЕНТИНОВИЧ Сафарова Ш.	404
ЕМИЛИАН ВАЛЕНТИНОВИЧ АДАМЮК – ОСНОВОПОЛОЖНИК ШКОЛЫ ОФТАЛЬМОЛОГИИ Зарипов Р.И.	405
ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКАЯ И ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ ШКОЛА КАЗАНИ Гильфанов А.Р.	405
ВЫДАЮЩИЙСЯ РУССКИЙ УЧЕНЫЙ ЗИГАНШИН АЙРАТ УСМАНОВИЧ Файзрахманов И.Р.	405
ГОРДОСТЬ КАЗАНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ГАБИДУЛЛИНА РУШАНЯ ИСМАГИЛОВНА Меренова А.С.	406
ВЫДАЮЩИЙСЯ УЧЕНЫЙ МЕДИК РОССИИ БЛАШКОВА СВЕТЛАНА ЛЬВОВНА Ишмаева Д.Р.	406
ГОРДОСТЬ КАЗАНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА АМИРОВ АЙДАР НАИЛЕВИЧ Асадуллин А.Н.	407

ДОПОЛНЕНИЕ

Историческая Секция	407
Детские инфекционные болезни	408
Микробиология	409
Стоматология	410
Физиология и фундаментальная медицина	410



**16-Я ВСЕРОССИЙСКАЯ СТУДЕНЧЕСКАЯ
МЕДИКО-ИСТОРИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«БЕЛЫЕ ЦВЕТЫ», ПОСВЯЩЕННАЯ ЮБИЛЕЮ
Р.Ш. АБДРАХМАНОВОЙ
(16 марта 2013 г., Казань)**

ДВЕ ПОПЫТКИ ПРОФЕССОРА Н.Н. ФЕНОМЕНОВА ОВЛАДЕТЬ ОПЕРАЦИЕЙ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ.

Р.Т. Шарафутдинова
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., асс. Яковлев Н.В.

Кесарево сечение на протяжении столетий считалось смертельно опасной операцией. В конце XIX века с внедрением антисептики и асептики положение в хирургии заметно улучшилось.

В Казани первое кесарево сечение по Порро было выполнено хирургом Н.И.Боголюбовым по приглашению акушера профессора В.М.Флоринского 14 января 1881 г. (с печальным исходом). Профессор Н.Н.Феноменов, заведовавший кафедрой с 1885 г., начал выполнять чревосечения в акушерской клинике медфака. В первой публикации опыта «34 чревосечения» упоминалось о двух кесаревых сечениях, сделанных на частных квартирах с летальным исходом. К этим операциям добавились еще две, выполненные в клинике. Одно на мертвой роженице, второе при абсолютно узком тазе. Кесарева сечений он больше не делал, а приступил к длительному размышлению, изучая мировой опыт. Результатом этого явилась обширная лекция в руководстве «Оперативное акушерство», изданное в 1892 г. (выдержало 6 изданий). Несмотря на отсутствие собственного опыта, проф. Н.Н.Феноменов проводил объяснение операции с позиций современных мировых данных, которое актуально и в наши дни. Особое внимание он уделил обсуждению входящих в практику относительных показаний к операции и предостерегал врачей от излишней поспешности с выполнением операции, рекомендуя «...спросить свою совесть, как бы он поступил в отношении себя и своих близких». Самого профессора этот вопрос останавливал еще в течение 10 лет. Лишь переехав в 1900 г. в Санкт-Петербург, он решился вновь выполнять кесарево сечение. Это было одним из толчков к обсуждению абдоминального родоразрешения в 1903 г. на I Съезде акушеров-гинекологов Российской Империи, проходивший ныне в знаменитом Институте им. Д.О.Отта.

С 1900 по 1902гг. профессор Н.Н. Феноменов произвел всего 8 операций кесарево сечений, из которых 7 закончились успешно для матери и плода. Одна операция была выполнена у женщины с запущенным раком шейки матки, скончавшаяся на 33 день после кесарева сечения.

Перед этими операциями у профессора Н.Н. Феноменова был уже громадный опыт выполнения чревосечений и указанные выше операции завершали серию из тысячи чревосечений.

ФЕДОРОВ МИХАИЛ ИВАНОВИЧ: ЖИЗНЬ ОТ СОЛДАТА ДО ПРОФЕССОРА

Шарафутдинова Р.Т.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., ст. преп. Абузяров И.Г.

Федоров Михаил Иванович родился 1 августа 1921 г. Окончив с отличием среднюю школу, в 1939 г. поступил в Саратовский автодорожный институт. 1 октября 1941 г. был мобилизован в ряды Красной Армии. Воевал на Центральном фронте в должности командира орудия. В 1942 г. был ранен и лечился в госпитале до 1944 г. За участие в Великой отечественной войне был награжден орденом Красной Звезды и медалями.

После ранения он решил связать свою жизнь с медициной и в 1945 г. поступил в Казанский государственный медицинский институт и закончил его в 1950 г. с отличием, затем учился в аспирантуре на кафедре судебной медицины Казанского медицинского института. С 1953 по 1961 г.г. – ассистент этой кафедры.

В 1968 г. М. И. Федоров был избран заведующим кафедрой судебной медицины Казанского медицинского института.

В январе 1953 г. он защитил кандидатскую диссертацию «К вопросу о непосредственной причине смерти при повешении», а в марте 1966 г. – докторскую диссертацию «Судебно-медицинское и клиническое значение постасфиктических состояний».

Михаил Иванович – автор 36 научных трудов, в том числе монографии «Судебно-медицинское и клиническое значение постасфиктических состояний» и статей «Психоневрологические заболевания асфиктического происхождения», «К вопросу об амнезии после странгуляционной асфиксии», «Психоневрологические изменения у детей, перенесших асфиксию при рождении», в которых автор впервые изучил влияние перенесенной асфиксии на последующее психоневрологическое состояние человека. Данные выводы являются актуальными и по настоящее время для оказания скорой и неотложной медицинской помощи.

М.И.Федоров умер 26 июня 1969 г.

К 95-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ Я.Ю. ПОПЕЛЯНСКОГО

Маркелова С.В.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Василевская О.В.

Яков Юрьевич Попелянский - талантливый клиницист-невролог, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, почётный член Евро-Азиатской академии медицинских наук. Родился 8 января 1918 года в селе Самгородок Винницкой области шестым ребёнком в семье. Годы детства выпали на времена гражданской войны. В 12 лет Якова отправили в Винницу, где, зная только идиш, талантливый мальчик освоил русский и украинский языки.

В 1935 году поступил на лечебный факультет Первого Московского медицинского института, после окончания которого в 1940 году работал «общим врачом» в районной больнице Орловской области.

В 1941 году грянула война, и уже 22 июня Яков Юрьевич получил назначение в авиацию старшим врачом полка. Демобилизован был в 1946 году. За свои ратные труды Яков Юрьевич получил 12 боевых наград.

После войны поступил в аспирантуру Института неврологии АМН СССР. В 1950 году на заседании Совета отделения клинической медицины успешно защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Сравнительная клиническая характеристика дрожательного паралича и постэнцефалического паркинсонизма». В 1955 году начинает работать в Москве на должности консультанта-невропатолога в поликлинике, первые наблюдения при работе в которой стали основой учения об остеохондрозе позвоночника.

Обнаружив, что у больных с синдромами шейного остеохондроза нередко выявляются изменения в других органах и тканях, Попелянский описал соответствующие клинические наблюдения в своей докторской диссертации, затем и в монографии «Шейный остеохондроз».

В 1967 году Яков Юрьевич избран заведующим кафедрой нервных болезней Казанского медицинского института. За четверть века работы в Казани Попелянский создал Казанскую вертеброневрологическую школу, стал основоположником мануальной терапии при заболеваниях нервной системы и позвоночника.

Главный труд всей жизни профессора - фундаментальное двухтомное руководство, не имеющее мировых аналогов по полноте и системности изложения, - «Ортопедическая неврология».

После выхода на пенсию он продолжает трудиться на благо науки.

12 января 2003 года сердце учёного остановилось.

Научную деятельность профессора продолжил его сын, Александр Попелянский.

ИСТОРИЯ СОВЕТСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Иванова С.Т.

Алтайский государственный медицинский университет

Руководитель – д.и.н., доц. Савельева К.Н.

В советской исторической литературе началом новейшего времени считается Октябрь 1917 г. В большинстве зарубежных публикаций начало новейшего времени связывается с 1918 г.— временем окончания первой мировой войны. В ряде изданий новейшее время определяется как современная история (англ. — contemporary history) или как история XX века.

В связи с неравномерностью исторического развития человечества новейшее время, как и другие периоды истории, характеризуется пестротой общественно-экономических отношений в различных странах земного шара.

Новейшее время — самый короткий период в истории человечества; его продолжительность исчисляется лишь десятилетиями. Однако достижения этого периода во всех сферах общественной деятельности (в том числе и в области медицины) во многом превосходят созданное человеческим разумом в течение многих предшествующих столетий. Краткий курс истории медицины, который читается студентам второго года обучения, позволяет изучить лишь основные направления и тенденции развития медицины в период новейшей истории. Более того, студенты второго курса еще не обладают достаточными специальными знаниями для профессионального восприятия материала по истории клинических дисциплин. Вот почему история развития отдельных медицинских специальностей в новейший период изучается на соответствующих медико-биологических и клинических кафедрах (в процессе профессионального становления будущего врача); не случайно в учебниках и учебных пособиях по каждой дисциплине ее истории посвящена специальная глава.

В данном учебнике история медицины новейшего времени представлена тремя главами: 1) становление здравоохранения и медицины в СССР (первые годы советской власти), 2) нобелевские премии в области физиологии и медицины и смежных с ними наук, 3) становление международного сотрудничества в области здравоохранения. Содержание этих глав, с одной стороны, отражает основные достижения медицины в этот период, а с другой— позволяет осознать развитие медицины в современном мире как единый всемирно-исторический процесс.

В первые годы советской власти в России свирепствовали эпидемии сыпного тифа, холеры, брюшного тифа и других инфекционных заболеваний. Медицинское дело было рассредоточено по ведомствам, не имело достаточного финансирования и обеспечивалось главным образом за счет бюджетов земств и самоотверженной работы передовых земских врачей. Повсеместно крайне нехватало квалифицированных медицинских кадров, лечебных учреждений, медикаментов. Гражданская война и военные операции на всей территории страны усиливали, разруху в промышленности и сельском хозяйстве. Население страны голодало. Не хватало топлива. Транспорт, системы водоснабжения и очистки городов и деревень находились в весьма запущенном состоянии, что создавало опасную эпидемиологическую ситуацию.

«Основное впечатление от положения в России — это картина колоссального непоправимого краха, — писал Герберт Уэллс, посетивший нашу страну в сентябре—октябре 1920 г. — Громадная монархия, которую я видел в 1914 году, с ее административной, социальной, финансовой и экономической системами, рухнула и разбилась вдребезги под тяжким бременем шести лет непрерывных войн. История не знала еще такой грандиозной катастрофы. На наш взгляд, этот крах затмевает даже саму Революцию... Большевицкая статистика, с которой я познакомился, совершенно откровенна и честна... Смертность в Петрограде—свыше 81 человека на тысячу; раньше она составляла 22 человека на тысячу, но и это было выше, чем в любом европейском городе. Рождаемость среди недоедающего и глубоко удрученного населения — 15 человек на тысячу; прежде она была почти вдвое больше»

В создавшейся чрезвычайной ситуации усилия правительства Советской России были направлены прежде всего на установление мира, столь необходимого для решения всех внутренних проблем. Декрет о мире от 26 октября (8 ноября) 1917 г. стал одним из первых декретов советской власти. Он создавал условия и для осуществления задач по сохранению жизни и здоровья трудящихся, провозглашенных правительством в числе первоочередных. «В стране, которая разорена, — говорил В. И. Ленин в 1919 г.,— первая задача — спасти трудящегося. Первая производительная сила всего человечества есть рабочий, трудящийся. Если он выживет, мы все спасем и восстановим»

Борьба с грязью, эпидемиями и болезнями в масштабах страны требовала организационного единства здравоохранения, ликвидации ведомственной раздробленности, создания государственной сети больниц и аптек, преодоления нехватки медицинских кадров. Осуществление этих задач в масштабах огромной страны в условиях войны, голода и разрухи было возможно только при наличии государственной системы здравоохранения, которая организационно оформилась в 1918 г.

К 105 ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПРОФЕССОРА ЕРЗИНА МУХАМЕДА АБДУЛЛАЕВИЧА

Клементьева А.В., Мухаметзянова З.И.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - д.м.н., проф. Миннебаев М.М.

16 августа 2013 года исполнится 105 лет со дня рождения Мухамеда Абдуллаевича Ерзина.

Изначально обучавшийся в Ташкентском медицинском институте, затем перевелся в Казань. В 1931 году окончив обучение, был оставлен в аспирантуру у профессора Сиротина Н.Н. на кафедре патофизиологии, в 1939 году защитил кандидатскую диссертацию на тему «Динамика колебания глутатиона в венозной крови при экспериментальных пороках сердца».

Неутомимый педагог и талантливый исследователь, профессор Ерзин М.А. с 1932 по 1937 годы работу ассистента кафедры совмещал с работой в патофизиологическом отделе Казанского НИИ ветеринарии, был научным сотрудником лаборатории патофизиологии Татарского института экспериментальной медицины.

В 1940 году ему было присвоено звание «доцента». А затем началась война... Мухаммед Абдуллаевич в военные годы возглавлял военный госпиталь в Нурлате.

После демобилизации Ерзин М.А. возглавил кафедру патофизиологии Казанского стоматологического института.

В 1950 году Мухаммед Абдуллаевич был приглашен в Казанский медицинский институт в докторантуру к члену-корреспонденту АМН СССР Адо А.Д. В 1955 году он защитил докторскую диссертацию «О нарушениях интерорецептивных рефлексов при различных иммунологических состояниях».

С 1953 года Ерзин М.А. назначен заведующим кафедрой патофизиологии Казанского медицинского института. В 1958 году утвержден доктором медицинских наук, а в 1959 году – профессором.

В 1958-1962 годах профессор Ерзин М.А. был проректором по учебной работе. Кафедру возглавлял до 1978 года.

За 25 летний период его заведования, на кафедре был выполнен большой объем исследований по изучению механизмов аллергических реакций. Очень большой вклад был внесен профессором М.А. Ерзиным в подготовку научной смены: 17 докторов и свыше 35 кандидатских диссертаций. Профессор М.А. Ерзин – автор свыше 200 научных работ, ему было присвоено высокое звание заслуженного деятеля науки ТАССР (1964) и РСФСР (1971), отмечен значком «Отличнику здравоохранения».

К 85-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ГРИГОРИЯ ДАВИДОВИЧА ОВРУЦКОГО

Мифтахова А.А., Минкина А.Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Блашкова С.Л.

В 2013 году 8 февраля доктору медицинских наук, профессору, заслуженному деятелю науки татарской АССР - Григорию Давидовичу Овруцкому исполнилось бы 85 лет. Это был выдающийся ученый, высококвалифицированный врач, блестящий лектор и методист. Он заведовал кафедрой терапевтической стоматологии КГМУ с 1961 по 1990 гг. В 1949 году закончил Киевский медицинский институт, после чего работал в Днепропетровске. Наряду с лечебной работой он занимался исследованиями в области профилактики кариеса с применением фтора. В 1955 году им была защищена кандидатская диссертация на тему «Фтор в профилактике кариеса зубов». Работал врачом-консультантом, а затем заведующим стоматологическим отделением 2-й больницы Московского района Киева. В 1966 году Г.Д. Овруцкий защитил докторскую диссертацию «Разработка и экспериментально-клиническое изучение кислородно-обтурационного метода лечения верхушечного периодонтита». В 1968 году ему было присвоено звание профессора. Его монография «Фтор в стоматологии» переведена на английский язык и издана в США. Под его руководством выполнено 3 докторских и 52 кандидатских диссертаций. В течение многих лет, являясь членом научно-технического Совета всесоюзного научно-исследовательского института медицинских инструментов, он уделял большое внимание развитию стоматологической инструментальной техники. Г.Д. Овруцкий был членом Всесоюзного и Всероссийского общества стоматологов. Избран почетным членом Всеполюского общества стоматологов. Награжден юбилейной медалью «За доблестный труд и ознаменовании 100-летия со дня рождения В.И.Ленина». Являлся редактором раздела «Стоматология» БМЭ, членом редакционных советов журналов «Стоматология» и «Казанский медицинский журнал». Был автором около 300 работ, в том числе 18 монографий и 3 учебных пособий. Г.Д. Овруцкий пользовался большим авторитетом среди научных работников, врачей и студентов.

ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ ЗА РУБЕЖОМ

Самерханов З.И.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Баялиева А.Ж.

Медицина катастроф за рубежом является составной частью системы чрезвычайного реагирования при экстремальных ситуациях, поэтому за последние годы во всем мире особенно интенсивно развивается, формируется и совершенствуется самостоятельное научно-практическое направление здравоохранения «медицина катастроф», связанная с оказанием экстренной медицинской помощи одновременно большому количеству пострадавших. Её отличительная особенность - экстренная концентрация в зоне бедствия сил и средств, достаточных для проведения эффективного комплекса всех мероприятий по ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций.

Во всех развитых странах (США, Франция, Канада, Германия и др.) ведётся постоянная работа по разработке и совершенствованию национальных и международных планов чрезвычайного реагирования на экстремальные ситуации. Комиссией ООН по защите окружающей среды (ЮНЕП) разработана система мероприятий при промышленных, в том числе и химических авариях - АПЕЛЛ (осведомлённость и подготовленность к чрезвычайным ситуациям на местном уровне). Это руководство адресовано национальным правительствам, местным органам власти, управляющим промышленными предприятиями, содержит рекомендации по повышению осведомлённости местной общественности о потенциально опасных предприятиях и предназначено для подготовки скоординированных планов реагирования на чрезвычайные ситуации.

За рубежом в организации спасательных работ при чрезвычайных ситуациях участвуют государственные, правительственные и неправительственные структуры. Основную роль в таких случаях играют службы гражданской обороны и все имеющиеся в государстве органы безопасности (полиция, спецподразделения, пожарные и др.), в том числе и медицинская служба. Общая главная их задача - проведение различных профилактических мероприятий и оказание эффективной помощи населению при катастрофах. Законодательное регулирование всего комплекса мероприятий по ликвидации медико-санитарных последствий при катастрофах в таких странах, как Великобритания, Франция, Германия, Дания регламентируются «Директивой Севезо II».

ОВРУЦКИЙ ГРИГОРИЙ ДАВИДОВИЧ - ЗАСЛУЖЕННЫЙ ДЕЯТЕЛЬ НАУКИ

Ахмедова Ю.А.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., асс. Мартянова М.В.

Г.Д. Овруцкий-доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии в Казанском государственном медицинском институте (1961-1990гг.), заслуженный деятель науки ТАССР, внёс существенный вклад в развитие стоматологии.

Родился 08.02.1928г., в Киеве. В 1949 г. окончил Киевский стоматологический институт. После чего с 1949 по 1951 гг. работал врачом областной стоматологической поликлиники детской клинической больницы г.Днепропетровска. С 1951 по 1956 гг. служил в армии в должности начальника стоматологического отделения. В 1955 г. защитил кандидатскую диссертацию

«Фтор в профилактике кариеса зубов». После демобилизации работал врачом-консультантом, а затем заведующим отделением 2-й больницы Московского района Киева.

С января 1961 г. до июля 1990 г. продолжил свою деятельность в КГМИ в качестве заведующего кафедрой терапевтической стоматологии, где создал научную школу. Основным направлением его научных исследований было изучение роли фтора и взаимосвязи стоматологических заболеваний с иммунобиологическим состоянием организма. В 1966 г. защитил докторскую диссертацию «Разработка и экспериментально-клиническое изучение кислородно-обтурационного метода лечения верхушечного периодонтита». В 1968 г. утвержден в звании профессора.

Г.Д. Овруцкий является автором около 300 работ, в т.ч. 18 монографий и 3 учебных пособий.

Основные труды: «Фтор в стоматологии и гигиене» (1977, изд. в США), «Иммунология кариеса зубов» (1991), «Хронический одонтогенный очаг» (1993), «Толковый пародонтологический словарь» (1997), «Флюороз зубов», «Фтор и иммунобиологическое состояние организма», «Неоперативное лечение околокорневых кист челюстей», «Руководство по терапевтической стоматологии». Его монография «Фтор в стоматологии» переведена на английский язык и издана в США.

Под руководством Григория Давидовича выполнено 3 докторских и 52 кандидатских диссертаций. Ему присвоено почетное звание «Заслуженный деятель науки ТАССР».

Г.Д. Овруцкий был членом правления Всесоюзного и президиума Всероссийского общества стоматологов, избран почетным членом Всепольского общества стоматологов. Он являлся редактором раздела «Стоматология» БМЭ, членом редакционных советов журналов «Стоматология» и «Казанский медицинский журнал».

ИЛЬЯ ГЕНРИХОВИЧ ЛУКОМСКИЙ (1893-1958). К 120-ти ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ

Клементьева А.В.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель -к.м.н., асс. Мартянова М.В.

Свой путь Илья Генрихович начал с обучения в Варшавской зубо-врачебной школе с 1911г., которую блестяще закончил в 1914 году. После этого участвовал в Первой Мировой войне до середины 1917г. Затем, переехав с семьей в 1918 г. в Москву, И.Г. Лукомский поступил на медицинский факультет I Московского Государственного Университета, по окончании которого работал ассистентом, затем заведующим кафедры стоматологии I МГУ с 1926г. В 1927г. он стал профессором и директором стоматологической клинике I МГУ до 1953.

В годы Великой Отечественной Войны работал научным руководителем челюстно-лицевого госпиталя. Но, несмотря на военное время, И.Г. Лукомский не прекращал научную деятельность. В 1942 г. вышла в свет его работа «Травматические остеомиелиты челюстей огнестрельного происхождения». В 1946 г. он предложил для профилактики кариеса местную обработку зубов фторсодержащей пастой. В 1948 г., в выпущенной им монографии «Кариес зуба», было показано общее состояние проблемы и проанализированы данные о кариесе зубов за предшествующие 75 лет. Этот анализ существовавших теорий кариеса, богатый личный клинический и экспериментальный опыт, хорошее знание вопросов философии и медицины были использованы И. Г. Лукомским для создания так называемой «биологической теории кариеса зубов». В учебнике «Терапевтическая стоматология» (1960, 2-е изд.) Илья Генрихович показал в кратком историческом очерке, какими сложными путями происходило развитие стоматологии.

За всю жизнь И.Г. Лукомским было опубликовано более 170 научных работ, около 30 монографий, учебников и руководств, под его руководством защищены 3 докторские и 19 кандидатских диссертаций. Илья Генрихович непосредственно участвовал в организации Государственного института стоматологии и одонтологии (ГИСО) и Московского медицинского стоматологического института, являлся председателем правления Московского (1939 г.) и заместителем председателя правления Всесоюзного общества стоматологов, ответственным редактором журналов «Вестник современной медицины» и «Стоматология» (1940 г.), почетным членом Французского Общества стоматологов в Париже и членом Международной зубо-врачебной академии (США).

ИСТОРИЯ РАЗРАБОТКИ И ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Шубина К.А.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - д.фарм.н., проф. Шакирова Д.Х.

Первые исторические упоминания о симптомах астмы восходят к Древнему Египту, исследованию природы заболевания, способов лечения посвящены труды таких легендарных ученых, как Гиппократ, Гален, Парацельс, Авиценна. Первое значимое определение астмы было дано в 1698г. В 1910-х гг. было впервые высказано предположение об аллергическом происхождении бронхиальной астмы. В начале 1990-х гг. была создана международная организация «Глобальная инициатива по борьбе с астмой», результатом деятельности которой стал доклад «Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы».

История использования для лечения приступов астмы растений восходит к древним временам. Эффективность красавки, белены, дурмана при астме обусловлена наличием в них алкалоида атропина, обладающего выраженной холиноблокирующей активностью. Одним из первых метилксантинов, который нашел применение при астме, был кофеин. Сходными эффектами обладает теofilлин, практическое использование которого для лечения астмы началось около 70 лет назад.

Первое описание эффективности адреналина при астме было опубликовано в 1910г. В 1969г. вышел первый селективный бронходилататорсальбутамол, снимающий приступ астмы. В 1991г. был разработан пролонгированный бронхорасширяющий препарат сальметерол.

До 70-х годов XX века системное применение глюкокортикостероидов оценивали как стандартное лекарственное воздействие. Однако значительное число побочных эффектов ограничило возможности их применения. Первым ингаляционным кортикостероидом стал беклометазон, выпущенный в 1972г.. После 1960г. были выявлены новые группы препаратов, влияющие на специфические для астмы мишени: стабилизаторы мембран тучных клеток, лейкотриены, препараты анти-IgE-антител.

Таким образом, в результате прогресса в понимании, что есть астма, были разработаны новые технологии в лечении, которые могут быть названы революцией в ее терапии. Менее чем за 50 лет пройден путь от использования неселективных лекарственных препаратов к новым симптоматическим и профилактическим методам терапии.

ПО СТРАНИЦАМ СЕМЕЙНОГО АЛЬБОМА

Липатова Ю.М.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.и.н., ст.преп. Саматова Ч.Х.**

В России нет семьи, которой бы не коснулось дыхание Великой Отечественной войны. Данное исследование нацелено раскрыть неизвестные военные страницы биографии моего двоюродного дедушки участника войны Кузнецова Ивана Григорьевича (1923-1944).

Лейтенант Иван Григорьевич Кузнецов, уроженец с. Мансурова Лаишевского района Татарской АССР, командовал взводом 1316 истребительного противотанкового артиллерийского полка 53 армии 2 Украинского фронта. До марта 1943 г. армия участвовала в боевых действиях против 16-й немецкой армии, удерживавшей Демянский плацдарм. Далее - в Курской битве. В ноябре-декабре 1943 г. армия в составе войск 2-го Украинского фронта (с 20 октября) наступала в Кировоградском направлении и к 24 декабря вышла на рубеж Красноселье-Знаменка, где была остановлена подошедшими резервами противника. С 5 января 1944 г. войска армии возобновили наступление и разгромили кировоградскую группировку противника. К исходу сентября 1944 г. они достигли румыно-венгерской границы. В октябре в ходе Дебреценской операции армия действовала в направлении главного удара войск фронта. Прорвали главную полосу обороны противника, вышли к реке Тиса в районе г. Польгар.

По архивным сведениям Иван Григорьевич погиб 7 октября 1944г. в Венгрии в населенном пункте Апатфала. Вид захоронения - Братская могила. В середине установлен памятник - стела высотой 2 метра с надписью: "Здесь покоятся 39 советских героев, которые отдали свои жизни в боях с фашистами. Похоронены в октябре 1944 года. Памятник возведен жителями села в 1949 году" (на венгерском языке). На обратной стороне табличка с надписью на русском языке: "Вечная слава советским героям, павшим в боях за свободу и независимость Советского Союза и за освобождение народов Европы"

Я хотела бы, чтобы все знали: не было безымянных героев, а были люди, которые имели свое имя, свой облик, свои чаяния и надежды, и поэтому муки самого незаметного из них были не меньше, чем муки тех, кто вошел в историю войны. Одним из таких, незаметных, на первый взгляд, людей был мой дедушка – Кузнецов Иван Григорьевич.

И.М. ЛЬВОВ И П.Я. ТЕПЛОВ - ПЕРВОПРОХОДЦЫ ЗЕМСКОЙ ГИНЕКОЛОГИИ В КАЗАНИ

Галиуллина З.Р.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Козлов Л.А.**

Гинекология выделилась в самостоятельную специальность лишь в конце 19 века. В Казани долгое время не было специального гинекологического отделения и необходимую помощь женщинам, особенно оперативную, осуществляли хирурги. В период с 1881 по 1885 годов хирург Л.Л. Левшин произвел в Казани 29 овариотомий и получил 85,2% выздоровления по сравнению с 70% в среднем по России (В.А. Матвеев, 1886). С 1885 по 1889 годы в Казанском университете успешно работал проф. Н.Н. Феноменов. Внедряя антисептику, а затем и асептику, он довел выздоровление при овариотомии до 97%. По отчету В.В. Владимирову о работе гинекологического отделения за 10 лет с 1885 по 1995 года число стационарных больных составило 1657 человек. Среднегодовое количество пациентов составило 166. 1290 подверглись оперативному лечению (80,3%) и 367-терапевтическому. Выздоровело 96,9% больных. Общее число операций 1517. Летальность среди пациентов составила 3,1%. Но все это было в рамках медицинского факультета университета и предназначалось, прежде всего, для педагогических целей. А как же обстояло дело с земской, практической медицине?

В созданной в Казани в 1807 году городской больнице гинекологического отделения долгое время не было, хотя нужда в этом была большая. И вот, в бытность главного врача Лихачевского родильного дома – И.М. Львова, в журнале «Врач» за 1888 год сообщалось, что купец Попов пожертвовал деньги на устройство отделения для больных женскими болезнями при этом род доме. С сентября 1888 года гинекологическое отделение начало свою работу, результаты которой авторы – И.М. Львов и П.Я. Теплов - публиковали в «Медицинских отчетах по гинекологическому отделению Казанской губернской земской больницы». Нами обнаружено 3 отчета с 1890 по 1894 годы. Стационарному лечению подверглись 796 больных, из них 494(62%) – хирургические и 302(38%) – терапевтические. Число выполненных операций составляет 793 (летальность 3.8%). Среднегодовое количество стационарных пациентов составило 265. Число амбулаторных пациентов составило 11182, а общее количество посещений около 20 тысяч.

Таким образом, среднегодовое количество стационарных больных в Лихачевском роддоме превышало в 1,6 раз, доля терапевтических больных почти в 2 раза превышает таковую в клинике медфака, а летальность примерно одинакова.

БЕЛОГОРСКАЯ ЕЛИЗАВЕТА ВИКТОРОВНА – ИЗВЕСТНЫЙ КАЗАНСКИЙ ПЕДИАТР (к 10-ЛЕТИЮ СО ДНЯ СМЕРТИ)

Антонова А.Ю.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Закирова А.М.**

Белогорская Елизавета Викторовна – дочь Виктора Дмитриевича Белогорского, начальника военной кафедры КГМИ - родилась в 1925 году. В 1944 г. с отличием окончила школу №15 г. Казани. Также с отличием окончила лечебный факультет Казанского государственного медицинского института в 1949 г. С этого же времени до 1952 года обучалась в ординатуре на кафедре детских болезней КГМИ, затем работала врачом-ординатором 2-й детской клинической больницы г. Казани. Под руководством профессора Ю.В. Макарова в 1956 г. защитила кандидатскую диссертацию. Преподавательская деятельность у Елизаветы Викторовны началась с 1955 г. в качестве ассистента кафедры пропедевтики детских болезней, а с 1956 г. - в качестве ассистента кафедры детских болезней. Спустя десять лет - в 1966 г. – Белогорской присвоено звание доцента. Докторскую диссертацию успешно защитила в 1967 году. Уже с 1968 г. она была назначена на должность заведующего кафедрой детских болезней, которой заведовала до 1990 года. Елизавета Викторовна активно занималась педагогической и научной деятельностью. В 1970 году Белогорской было присвоено звание профессора. Ею опубликовано 79 научных статей по актуальным проблемам педиатрии, издано 2 сборника трудов кафедры детских болезней: «Актуальные вопросы физиологии и патологии новорожденных» (1974 год) и «Острая респираторная патология новорожденных» (1979 год). Елизавета Викторовна является соавтором

учебника «Детские болезни» для медицинских училищ (1979 год). Уйдя с должности заведующего кафедрой, до 1993 года работала профессором консультантом. Под её руководством подготовлено 8 кандидатских и 1 докторская работы.

Профессор Белогорская была председателем специализированного совета по педиатрии и председателем проблемной предметной комиссии в КГМИ, принимала участие в работе Высшей аттестационной комиссии (ВАК) СССР. Многие годы Елизавета Викторовна работала председателем государственной экзаменационной комиссии (ГЭК) в Башкирском, Алтайском, Горьковском и Кубанском медицинских институтах. В течение 25 лет она являлась членом редакционной коллегии «Казанского медицинского журнала».

В 1980 году Елизавете Викторовне присвоено звание заслуженный деятель науки ТАССР. Профессор Белогорская – отличник здравоохранения, награждена медалью «Ветеран труда».

К ЮБИЛЕЮ ВЫДАЮЩЕГОСЯ ПЕДИАТРА ТОЛМАЧЕВА НИКОЛАЯ АЛЕКСАНДРОВИЧА

Захарова Д.А., Салимгараева Л.Ш.
Казанский государственный медицинский университет
Руководители - к.м.н., доц. Закирова А.М., к.м.н., асс. Сулейманова З.Я.

Толмачев Николай Александрович родился в купеческой семье 19 ноября 1823 года в г. Кунгур. В период 1835-1840 годов Толмачев Н.А. – воспитанник 1-й Казанской гимназии. Далее до 1845 года проходил обучение в Казанском университете, окончив университетский курс с званиями лекаря и уездного врача, Николай Александрович последовательно нес службу в должностях уездного врача в Козьмодемьянска и Мамадыша, отметив эти годы своей службы усиленной и энергичной деятельностью по борьбе с холерной эпидемией 1847-1848 гг. Затем исполнял должности городского врача Казани и младшего врача при заведениях Казанского приказа общественного призвания. Удостоенный 26 апреля 1875 г. степени доктора медицины, 30 апреля того же года избран доцентом по кафедре детских болезней. В 1881 году избран экстраординарным профессором по занимаемой кафедре. С именем Николая Александровича Толмачева связано выделение в 1875 г. самостоятельного курса детских болезней в Казанском университете. В 1878 г. его стараниями была открыта амбулатория для детей при факультетской терапевтической клинике. Им организована клиническая лаборатория, где его студенты самостоятельно производили клинические анализы и заносили данные своих исследований в истории болезни. Курс лекций, которые читал Толмачев, включал физиологию и патологию детского организма всех периодов жизни и детские инфекции. Большое внимание отводил методам физиологического и лабораторного исследования, диететике здорового и больного ребенка, санитарно-бытовым условиям жизни, организационным вопросам устройства детских больниц. Определенный исторический интерес представляет его работа «О врожденных заслонках уретры как одной из причин расстройств мочеиспусканий у детей», оформленная им в виде докторской диссертации (1875). В 1863 году Толмачев впервые обратил внимание на необходимость разностороннего изучения природных условий местности, где распространен зуб, описал клинику, осложнения, лечение йодом.

ЭВОЛЮЦИЯ МЕСТНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПОЛОСТИ РТА

Лукьянова А.О., Яруллина Л.О.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., асс. Макарова Н.А.

Гигиена полости рта была первым и ведущим звеном местной профилактики стоматологических заболеваний.

Упоминание об уходе за зубами встречается уже в письменных источниках Древнего Египта- около 5000 лет назад египтяне добивались белизны зубов, используя порошок из сухого ладана, мирры, веток мастикового дерева, бараньего рога и изюма. Соблюдение гигиены полости рта было актуально в Индии и Китайской империи- в качестве очищающих составов использовали растолчённые раковины, рога и копыта животных, гипс, а также минералы, применялись деревянные палочки, металлические зубочистки и скрепки для языка. Уже во втором тысячелетии до н. э. использовался зубной порошок, приготовленный из пемзы с добавлением винного уксуса или винной кислоты.

Эпоха раннего средневековья принесла первые свидетельства о профессиональном очищении полости рта: грек Павел Эгинский (605-690 гг.) предложил удалять зубные камни при помощи долота или других инструментов. В Средние века в Европе в моду вошли зубные эликсиры, изготавливали которые лекари и монахи.

В арабский мир понятие гигиены полости рта ввел еще пророк Магомет. Коран предполагает полоскание полости рта перед молитвой трижды. С религиозными верованиями гигиена полости рта была связана и у индусов. Священные Веды содержали систему индийской медицины.

Первая зубная щетка появилась в Китае в 1497 году. В России в 16 веке были известны подобные «зубные метелки», состоящие из деревянной палочки и метелки из свиной щетины. Зубной порошок, впервые появился в конце 18 века в Великобритании. Однако порошки того времени часто содержали чрезмерно абразивные вещества. Со второй половины 19 века началась работа над созданием зубных паст. В 1873 году компания «Colgate» представила на американском рынке "разжиженный" порошок-пасту в стеклянной банке. В 1892 году дантист Вашингтон Шеффилд изобрел тюбик для зубной пасты. В 1937 году американской химической компанией «DuPont» был изобретён нейлон. В конце 30-х годов XX века появилась первая электрическая зубная щётка.

Таким образом, профилактические мероприятия существенно снижают степень тяжести уже имеющихся стоматологических заболеваний, предупреждают развитие осложнений, сохраняют эстетический вид и функциональную полноценность зубочелюстной системы.

ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ЗУБНОЙ ЩЁТКИ

Механова К.В., Галимов А.Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., асс. Макарова Н.А.

Конец 30-х годов XX века ознаменовался важным событием в мире гигиены полости рта — появилась первая электрическая зубная щётка. Но попытки создания такого устройства совершались уже давно. Ещё в 1880 году доктор Скотт изобрёл электрическую щётку, в которой в процессе использования возникал электрический разряд. По мнению изобретателя, электричество могло благотворно повлиять на здоровье зубов.

Более гуманная зубная щётка, работающая от электрической сети, была создана в 1939 году в Швейцарии, но наладить продажи удалось лишь в 1960 году, когда американская фармацевтическая компания Bristol-MyersSquibb выпустила зубную щётку под названием Broxodent. Планировалось, что ею будут пользоваться люди, имеющие проблемы с мелкой моторикой. Но уже в 1961 году компания GeneralElectrics представила свою версию электрической зубной щётки, предназначенной для использования всеми людьми без исключения. В отличие от предшественника, эта зубная щётка работала не от сети, а от автономного источника питания.

В 60-е годы в дополнение к механическим щеткам появились электро-вращающиеся. В 90-е годы фирмой Braun и Oral-B были разработаны электрические возвратно-вращающие щетки, также работающие на принципе абразии.

Но самый значительный прогресс очистки зубов был достигнут при разработке звуковых зубных щеток. Они работали на звуковой частоте, в среднем 30000 движений в минуту, что позволяло добиваться более глубокой и в то же время "нежной" пенистой очистки.

В середине 90-х годов в США доктором Робертом Боком была разработана и запатентована двухчастотная ультразвуковая щетка. В этой щетке использовалась совершенно новая технология, основанная на ультразвуке. Щетка двигалась со скоростью 196 000 000 движений в минуту, которая более чем в 6000 раз выше, чем у звуковых.

Развитие электрических зубных щёток активно продолжается и сейчас. Недавно в Японии представили щётку, которая подключается к компьютеру через USB-порт. Куда чудо-технологии заведут нас завтра — покажет время...

Таким образом, можно с уверенностью сказать, что электрические щётки значительно снижают уровень зубных отложений, способствуют лучшей гигиене полости рта и уменьшают потребность в лечении зубов.

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МАТЕРИАЛЬНЫЙ РЕЗЕРВ МЕДИЦИНСКОГО И САНИТАРНО-ХОЗЯЙСТВЕННОГО ИМУЩЕСТВА

Эльжуркаев М.М.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., доц. Терехов В.В.

Понятие «Резерв» происходит от французского слова «reserv» или от латинского слова «reserves», что означает сберегаю, сохраняю и имеет два значения: - запас чего либо на случай надобности; - источник, откуда черпаются необходимые новые материалы силы. Государственный резерв – это создаваемые и планомерно пополняемые государством запасы сырья и материалов топлива и т.д. для бесперебойного функционирования экономики, для нужд обороны, ликвидации последствий стихийных бедствий и удовлетворения других потребностей государства и общества.

Резервы существовали еще при феодальном строе. Особенно это касается запасов продовольствия. Запасы продовольствия известны еще в Киевской Руси. При раскопках 1929 г. Донецкого городища, относящегося к 10-11 векам, обнаружены специально оборудованные ямы для хранения зерна.

Начало создания системы государственных резервов РФ было положено в 1931г. Первоначально закладки в государственный резерв носили разовый характер. Но наличие с 1935 г. стали утверждаться годовые планы накопления материалов и товаров в этом резерве.

Накопленные к началу 40-х г запасы продовольственных и промышленных товаров, материалов и нефтепродуктов сыграли важную роль в обеспечении армии и тыла в период Великой Отечественной войны.

Активно использовались запасы государственного и мобилизационного резервов при восстановлении разрушенных войной промышленности и сельского хозяйства.

В настоящее время управление системой государственного резерва осуществляет Федеральное агентство по государственным резервам.

В связи с неуклонным ростом технической оснащенности Вооруженных Сил увеличилась и потребность горюче-смазочных материалов (ГСМ). Так в Великую Отечественную войну расход ГСМ составил свыше 13 млн тонн. Расчеты показывают, что для проведения фронтовой наступательной операции требуется около 300 тыс тонн ГСМ материалов. В целом ГСМ составляют сейчас более 50 % общего веса материальных средств, необходимых Вооруженным Силам.

МЕДИЦИНА ДРЕВНЕГО ЕГИПТА

Сальви Дхавал Раджан

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.п.н., ст.преп. Евгеньева С.

Древнеегипетская медицина — самая древняя из документированных медицинских систем. С XXXIII века до н. э. до персидского вторжения в 525 году до н. э. она не претерпела особенных изменений в плане практики, которая, тем не менее, была передовой для своего времени в некоторые исторические периоды и включала в себя простую неинвазивную хирургию, способы лечения переломов и обширный набор фармакопей. Древнеегипетская медицина оказала влияние на многие последующие медицинские системы Древнего мира, в том числе на греческую.

Основным источником информации о древнеегипетской медицине долгое время были сообщения греческих авторов, но расшифровка в 1822 году древнеегипетских иероглифов позволила в том числе прочесть тексты на папирусах, касающихся медицинских знаний Древнего Египта.

У врачей Древнего Египта была хорошая репутация, и правители других империй даже просили фараона прислать к ним врачей, чтобы лечить своих родственников. Имена некоторых из врачей Египта даже остались в истории.

ВКЛАД ПРОФЕССОРА С.И. ВАЙСА В РАЗВИТИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Костина О.В.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - д.м.н., доц. Блашкова С.Л.

Цель: последовательное изучение деятельности С. И. Вайса и определение роли и вклада ученого в совершенствование терапевтической стоматологии.

Основным методом исследования является историографический.

С.И. Вайс родился в Польше в городе Петроков в 1895 году, в семье кустаря-одиночки. В 17 лет поступил в Одесскую учительскую семинарию. В 1920 году он поступил в Харьковский медицинский институт, через 4 года окончил его одонтологический факультет. Спустя год уехал в село Петровское Изюмского округа Харьковской области, где работал врачом одонтологом. Весной 1927 года успешно защитил дипломную работу "Эндокринная система и жевательный аппарат". А в 1934 году был командирован в Москву на усовершенствование в клинику Ухтомского. В этом же году ему было присвоено ученое звание доцента и степень кандидата медицинских наук без защиты диссертации. С.И. Вайс вел активную научную деятельность. Он неоднократно участвовал в стоматологических съездах и конференциях, был членом стоматологической секции ученого Совета при Наркомздраве Украины, председателем Правления Казанского стоматологического общества. В течение нескольких лет Соломон Иосифович проработал в Киевском стоматологическом институте в качестве доцента и заместителя директора по научной части. В 1938 году получив звание профессора, был избран на должность заведующего кафедрой терапевтической стоматологии Казанского стоматологического института. Научные исследования коллектива кафедры этого периода были посвящены изучению кариеса. Вайс резко изменил работу кафедры, сделав основным направлением повышение квалификации и специализации практических врачей. В годы Великой Отечественной войны он работал стоматологом эвакогоспиталей города Казани, был консультантом Казанской дорожной поликлиники. В 1946 году защитил в Совете КГМИ докторскую диссертацию на тему "Анафилактическая реакция слюнных желез собаки". При лечении зубов С. И. Вайс широко использовал электрофорез анестезирующих веществ.

Перу Соломона Иосифовича принадлежит 58 научных работ, из них монография «Болезни пульпы зуба» и учебник по терапевтической стоматологии. Под его руководством защищено 8 кандидатских и 2 докторские диссертации. С. И. Вайснагражден орденами и медалями Советского Союза.

ЯЗЫКОВЫЕ ОТЛИЧИЯ АМЕРИКАНСКОГО ВАРИАНТА АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА ОТ БРИТАНСКОГО В ОБЛАСТИ МЕДИЦИНСКИХ ТЕРМИНОВ

Зиганшина А.Ф.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.фил.н., доц. Липатова Ю.Ю.**

1. Введение

Цель исследования – анализ лексического состава МТ AmE и BrE .

Задачи:

1. выявить лексические особенности AmE;
2. определить расхождения лексического состава AmE и BrE;.

Методы исследования:

1. Изучение медицинских терминов (МТ) на английском языке;
2. Систематизация материала;
3. Транскрипционный анализ слов.
3. Итоги исследования

3.1. Различия в орфографии. Выявлено, что большая часть терминов не отличается лексически: Shot-jab инъекция, nappy-diaper подгузник, pharmacy-drugstore аптека (американизм: drugstore-аптека, где продаются не только лекарства, но также игрушки и другие товары), doctor, influenza - doc, flu доктор, грипп (неологизмы, за счет сокращений)

2.2. Различия в орфографии: e-ae-anemia, gynecology, hemophilia, leukemia, pediatric –anaemia, gynaecology, haemophilia, leukaemia, paediatric-анемия, гинекология, гемофилия, лейкемия, педиатрический; e-oe - diarrhoea, fetus - diarrhoea, oesophagus, foetus- диарея, пищевод, плод; eg-ge-fiber-fibre- волокно; ae-e-leukaemia-leukemia-лейкемия; our-or- colour-blindness-color-blindness-дальтонизм.

2.3. Имеются некоторые особенности звуковой базы: /v - a:/ ярко выраженное "акание" в словах unconscious, thrombosis, blockage, dermatologist (без сознания, тромбоз, закупорка, дерматолог) - /θrɒm'bəʊ.sɪs/, /'blɒk.ɪdʒ/-/θrɑ:m'boʊ // 'bla:.kɪdʒ/; v-ɔ:- coronary /'kɒr.ən.ər.i /'kɔ:.r.ən.ər./; əu-ou overweight /'əʊ.və'weɪt// 'ou.və-/; ɔ:- a:gallstone/'gɔ:l.stəʊn /'gɑ:l.stəʊn/ əʊ-ou glaucoma /'glɑu:'kəʊ.mə//-'kou-/

2.4. В процессе изучения были найдены следующие грамматические различия:

2.4.1. По-разному употребляются артикли. Например, «to/in THE hospital» в AmE, в то время как в BrE «to/inhospital» без артикля.

2.4.2. Многие неправильные глаголы в AmE являются правильными: burnt-burned-обожженный.

2.5. Интересный факт:

Differences between AmE and BrE : doctor

In the US, all medical doctors use the title Dr., for example family doctors, surgeons, dentists, and veterinarians. In the UK, you use the title Dr. only for family doctors. Surgeons, veterinarians, or dentists use the titles Mr., Mrs., or Miss.

3. Результат исследования

3.1. Различия в лексическом составе МТ за счет неологизмов и сокращений.

3.2. AmE является лишь вариантом английского языка и сохраняет звуковую базу английского языка.

ПЕРВЫЙ РУССКИЙ ПЕДИАТР СТЕПАН ФОМИЧ ХОТОВИЦКИЙ

Ковальчук А.А., Мамяшева Д.Ш.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Самороднова Е. А.**

Преподавательская и научная деятельность Хотовицкого началась в Медико-хирургической академии (Петербург) 1823 году. В это время педиатрию в полном объеме не преподавали ни в России, ни за рубежом. Цели и задачи педиатрии не были ещё определены, изучалась преимущественно клиническая картина детских заболеваний.

Первые научные работы Хотовицкого в 20-х годах 19 века были по судебной медицине, гигиене; в дальнейшем, его деятельность протекала в области акушерства и педиатрии. Хотовицкий первым из российских учёных выделил педиатрию как отдельную отрасль медицины и определил её цели, задачи и чётко сформулировал следующие положения:

- отличия детского организма от организма взрослого заключается не в меньшей величине его органов, но в особенностях строения органов и их функций, как в здоровом, так и в болезненном состоянии;
 - органические и функциональные особенности ребёнка не изменены: в ходе развития он ни одного момента не остаётся в одном и том же состоянии, количественные и качественные изменения в строении и отправлении органов непрерывно совершаются от рождения ребёнка до его взросления;
 - изменения в тех или иных органах не происходит в одно и то же время, а каждая ткань и часть тела имеет свои периоды развития;
 - предварительное изучение и знание особенностей детского организма и его реакций, детской семиотики, методики обследования и учёта всех этих особенностей необходимы при распознавании и лечении детских заболеваний.
- Это нашло отражение в трудах С.Ф. Хотовицкого, начиная с первого из них – его диссертации (1823) и до последнего, наиболее ценного – первого оригинального отечественного руководства «Педиатрика» (1847).
- Он первым из русских учёных стал читать курс детских болезней в высшей школе как полный курс педиатрии, в котором излагал подробную физиологию и патологию детей всех периодов детского возраста, а так же включил в свой курс острые детские инфекции.
- В 19 веке в России педиатрия приобрела статус самостоятельной медицинской дисциплины, и этим она во многом обязана выдающемуся врачу и ученому Степану Фомичу Хотовицкому.

ВКЛАД КАЗАНСКИХ УЧЁНЫХ В ИЗУЧЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИИ, ОСОБЕННОСТЕЙ КЛИНИКИ И ПАТОМОРФОЛОГИИ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА (К 155-летию Л.О. Даркшевича)

Набиуллина А. Л.
Казанский государственный медицинский университет
Руководители – д.м.н., проф. Исмагилов М.Ф., д.м.н., асс. Кузнецова Е. А.

В XIX веке о существовании клещевого энцефалита (КЭ) не было известно. Однако в 1899 г. доцент кафедры нервных болезней Казанского императорского университета В.П.Первушин (1869-1954) в своей статье «Прогрессирующая форма неврита плечевого сплетения» высказал предположение о вирусной этиологии данного заболевания, считая его возможным возбудителем - нейротропный вирус КЭ. В дальнейшем, работая в Пермской области, он наблюдал больных с диагнозом «атипичный полиомиелит взрослых», в сыворотке крови которых были обнаружены антитела к вирусу КЭ.

Выдающийся невропатолог и нейрогистолог Л.О. Даркшевич (1858-1925), заведующий кафедрой нервных болезней (1892-1916), внёс большой вклад в изучение КЭ. На кафедре руководил работой по проблемам нейроинфекций. Описывая особые формы неврита плечевого сплетения, подметил его характерную клиническую картину, течение, сезонность и высказал предположение о его инфекционной природе. Занимаясь изучением кожевниковской эпилепсии, рассматривал её как следствие особой нейротропной инфекции с корковой локализацией патологического процесса и одним из первых рекомендовал хирургическое лечение этого заболевания.

Изучение эпидемиологии и патоморфологии КЭ на протяжении многих лет было продолжено другими казанскими учёными. В 1927 г. Л. И. Омороков (1881-1971) предположил, что в возникновении кожевниковской эпилепсии играют роль кровососущие насекомые. Позже им был сделан вывод, что причиной кожевниковской эпилепсией является КЭ.

Г. Л. Хасис с сотрудниками на территории Татарии наблюдал группу остро лихорадящих больных, клиническая картина которых не укладывалась в нозологические рамки диагностированного у них гриппа. В 1955 г. Г.Л. Хасис пришёл к выводу, что у ранее обследованных им больных была доброкачественная непаралитическая форма, что позволило рассмотреть наблюдаемое заболевание как проявление ослабленной клещевой нейроинфекции. Г.Л.Хасис отметил необходимость дифференциальной диагностики острых лихорадочных состояний с непаралитическими формами КЭ.

Иммунологическим и патофизиологическим аспектам КЭ были посвящены исследования казанских патофизиологов - А.Д. Адо (1909-1997) и его сотрудников, проводивших опыты по введению лабораторным животным культуральной тканевой вакцины против КЭ и выделивших новые антигенные субстанции, названные промежуточным антигенами.

Кроме того, в Казани активно разрабатывались методы терапии и профилактики КЭ. Еще в 1943г. В.П.Первушин предложил применение специфической сыворотки для лечения, а с целью профилактики – активную иммунизацию инактивированной вакциной.

Таким образом, казанские учёные внесли весомый вклад в решение актуальных аспектов проблемы КЭ.

БОРИС КОНСТАНТИНОВИЧ ДРУЖКОВ – ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ИЗВЕСТНОЙ ДИНАСТИИ

Хусаинова Д.Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Доброквашин С.В.

Борис Константинович Дружков - хирург-онколог, доцент кафедры онкологии и хирургии Государственного Института для усовершенствования врачей, сын известного военно-полевого хирурга, майора медицинской службы, Константина Максимовича Дружкова. Константин Максимович учился в конце 20-х годов еще на медицинском факультете Казанского университета вместе с Курашовым, чье имя носил медицинский институт с 1966 – 1994 г.

Борис Константинович окончил Казанский медицинский институт в 50-е годы, работал в Мамадышском районе, руководил межрайонным онкологическим диспансером, входившим в состав Зеленодольской центральной районной больницы. С 60-х годов связал свою судьбу с Республиканским онкологическим диспансером города Казани. Даже будучи на пенсии продолжает работать в госпитале для ветеранов войн в должности хирурга-маммолога.

Хирургия является одной из самых ответственных и сложных отраслей медицины. Особенно это справедливо по отношению к «онкологической хирургии». Перед хирургом - онкологом часто стоит принятие серьезных решений, от которых зави-

сит жизнь пациента. Люди, близко знающие Бориса Константиновича, отзываются о нем, как о старательном, внимательном, трудолюбивом, талантливым и преданном своему делу человеке. Он пользуется большим авторитетом среди своих коллег по работе.

Вот уже четвертое поколение Дружковых верой и правдой служат медицине. Супруга, дети, внуки посвятили себя медицине. Сын, Олег Борисович Дружков является заведующим отделения маммологии клинического онкологического диспансера МЗ РТ, а дочь Ольга, стала эндокринологом.

Борис Константинович считает: «Медицина – это отрасль знаний, требующая постоянного самосовершенствования от работающего в ней специалиста, только ежедневная практика, постоянное и детальное изучение литературы позволяют соответствовать высокому уровню профессионализма».

К 115-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПРОФЕССОРА КОРВАЕВА Е.Н.

Галембикова А.Р.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., асс. Сулейманова З.Я.

Евгений Николаевич Ковраев родился 14 декабря 1898 года в Вятской губернии. После окончания 1-ой гимназии в Казани, поступил на медицинский факультет Казанского Университета. Продолжил врачебную деятельность сначала ординатором детской клиники, а затем с октября 1932 г. сверхштатным ассистентом детской поликлиники. В 1939 г. защитил кандидатскую диссертацию и был утвержден в должности доцента кафедры факультетской педиатрии КГМИ. С 1945 г. заведовал кафедрой детских болезней. Докторскую диссертацию «К онтогенезу сывороточной болезни» Е.Н. Ковраев защитил в 1950 г. В ученом звании профессора был утвержден в 1952 г. В период с 1953 г. по 1962 г. руководил кафедрой госпитальной педиатрии КГМИ.

Е. Н. Ковраев является автором многих научных работ по разным разделам педиатрии, большое внимание уделял одной из актуальных проблем того времени — ревматизму детского возраста. Оказывал помощь в разрешении различных вопросов практического здравоохранения, особенно в деле подготовки врачебных кадров и улучшении педиатрической помощи.

Длительно работал заместителем председателя правления Общества детских врачей, неоднократно избирался депутатом райсовета Молотовского района г. Казани.

Его научная деятельность и заслуги в организации педиатрической службы республики высоко оценены благодарностями директора Казанского мединститута, Минздравом ТАССР. Награжден медалями «За трудовую доблесть».

ПАМЯТИ ДОЦЕНТА ФУАДА ГАББАСОВИЧА САЙФУЛЛИНА

Гарифуллина Р.Р.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - д.м.н., проф. Фаизов Т.Т.

В январе 1959 г., работать на кафедру в должности ассистента, пришел Ф.Г. Сайфуллин. Ветеран двух войн – Великой Отечественной войны и войны против милитаристской Японии, кавалер многих боевых наград, орденов и медалей, прошел войны в должности санинструктора, затем фельдшера.

В 1946 году поступил в Казанский стоматологический институт, который закончил с отличием 1951 г. В этом же году поступает в клиническую ординатуру в отделение челюстно-лицевой хирургии (зав.отделением К.А.Корчагина) Казанского государственного научно-исследовательского института травматологии и ортопедии у профессора В.А.Гусынина.

Окончив ординатуру в 1954 г. Фуад Габбасович продолжая работать челюстно-лицевым хирургом, начал под руководством профессоров Е.А. Домрачевой и В.С. Дмитриевой (ЦИУ врачей, Москва), при консультативном участии профессора Н.М.Михельсона (ЦИУ врачей, Москва) заниматься проблемой использования филатовского стебля при устранении дефектов на лице.

В 1963 году защищена кандидатская диссертация на тему: «Некоторые биологические особенности филатовского стебля их значение при пластике дефектов челюстно-лицевой области».

С 1965 по 1967 г.г. он находился в заграничной командировке в Монгольской Народной Республике, где занимался лечебной и преподавательской деятельностью.

В 1968 г. ему было присвоено учёное звание доцента. Доцентом Ф.Г.Сайфуллиным был также предложен предохранитель сосудисто-нервного пучка, облегчающий технику проведения операции уранопластики.

С 1971 по 1973 г.г. декан стоматологического факультета КГМИ. С 1974 по 1979 г. под руководством доцента Ф.Г.Сайфуллина были сделаны макеты по пластике: уранопластика, пластика лоскутами на ножке, костная пластика, врожденные расщелины неба, хондропластика, хейлопластика.

Автор более 70 научных работ. Награжден 5 орденами и 12 медалями СССР и орденом Чехословакии.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ДЕТСКОЙ ПЛАСТИЧЕСКОЙ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ В КАЗАНИ

Гарифуллина Р.Р.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - д.м.н., проф. Фаизов Т.Т.

История школы пластической челюстно-лицевой хирургии в Казани своими «корнями» уходит в XIX век. Первым, из Казанских хирургов, был профессор П.А. Дубовицкий. Наиболее важной стороной его практической деятельности были пластика верхней губы и век при врожденных дефектах.

Профессором Н.И. Студенским проводились операции по пластике верхней губы у детей с её врождёнными расщелинами.

Первый Казанский профессор-стоматолог П.А. Глушков разработал способы пластических операций на нижней челюсти при её деформациях и аномалиях прикуса, в том числе и на детях.

С 1930 года кафедру возглавил доцент И.М. Утробин. Он занимался вопросами хейло- и уранопластики у детей с врождёнными расщелинами верхней губы и нёба.

Е.А. Домрачева активно занималась пластикой врожденных дефектов и деформаций челюстно-лицевой области у детей.

Доцент кафедры Ф.Г. Сайфуллин впервые в Казани стал оперировать при двусторонней расщелине верхней губы, по методу Обуховой–Лимберга.

В 1966 г. в Казани открывается городская больница №15 с отделением челюстно-лицевой хирургии на 60 коек.

Профессор Л.А.Кольцова применила метод хирургической татуировки с использованием органических красителей и пигментов.

Доцент Г.Г. Сафина, усовершенствовала метод лечения плоских капиллярных гемангиом хирургической татуировкой.

В 1999 г. кафедра стала называться «Кафедра челюстно-лицевой хирургии» КГМУ. Профессор Т.Т. Фаизов решил посвятить изучению проблем пластической, реконструктивной и эстетической хирургии.

Отделение челюстно-лицевой хирургии ДРКБ МЗ РТ организовано в 1994 г.

Таким образом, вклад в развитие детской пластической челюстно-лицевой хирургии, казанских врачей, переоценить трудно. Сотни успешно выполненных операций заслуживают самой высокой оценки.

ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАУЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ Г.Ю. МАНСУРОВА В КАЧЕСТВЕ ЗАВЕДУЮЩЕГО КАФЕДРОЙ ГИГИЕНЫ ТРУДА

Махмутова Г.Р.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., ст.преп. Русин М.Н.

Изучение научной деятельности Г.Ю.Мансурова является актуальным и значимым с точки зрения сохранения «связи времен» и понимания становления «казанской» гигиенической школы. Габидулла Юсупович Мансуров (1892 – 1965 г.) родился в поселке Воткинск Сарапульского уезда. Получил первоначальное образование в г.Казани, прошел гражданскую войну в рядах Красной армии и в 1932 году был принят на кафедру гигиены труда в качестве ассистента. После ареста и расстрела С.М.Шварца в 1937 году Г.Ю.Мансуров был назначен на должность исполняющего обязанности заведующего кафедрой гигиены труда, а в 1939 году был также репрессирован.

За недолгий научный период Г.Ю.Мансуров опубликовал 14 научных работ, среди которых выделялись «Режим труда и отдыха доярок молочно-животноводческих совхозов и молочно-товарных ферм»(1936); «Рационализация подмывания вымени коров»(1936); «Пастбищный стан и его организация» (1936); «Изменения скорости кровотока малого круга кровообращения при анафилактическом шоке у кроликов»(1939); «Изменения скорости кровотока малого круга кровообращения и изменение температуры подкожной клетчатки при ингаляционном отравлении кроликов окислами азота»(1939).

Как видно из названия работ кафедра гигиены труда активно изучала самые насущные аспекты своего времени – режимы труда и отдыха на молочно-товарных фермах и влияние внедряемых в промышленность химических веществ. И до сих пор изучение физиологии труда работников современных производств является приоритетным научным направлением кафедры гигиены, медицины труда. Достаточно сказать, что в этой области активно работают академик РАМН, профессор Н.Х. Амиров, старший преподаватель к.м.н. В.Н. Краснощекова, профессор Л.М. Фатхутдинова.

Таким образом, в современной научной деятельности кафедры гигиены, медицины труда продолжают развиваться идеи и мысли, заложенные нашими предшественниками.

ИСТОРИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РАЗВИТИЯ СУДЕБНОЙ СТОМАТОЛОГИИ В РОССИИ И РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Сунгатуллина Г. Р., Низамуддинова Н. М.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - д.м.н., проф. Спиридонов В.А.

В последнее десятилетие в судебной медицине появился самостоятельный раздел – судебно-медицинская стоматология. Выделение данной дисциплины необходимо для дальнейшей дифференциации медицинских наук. Судебная стоматология – основа судебно-стоматологической экспертизы. Она действует в рамках уголовного и гражданского законодательства, положений, правил, приказов и инструкций органов здравоохранения.

Несмотря на то, что данный раздел как наука возник в России в начале XX столетия на базе науки о зубопротезировании, корни ее уходят в далекое прошлое. Травматические повреждения зубов, их лечение, наказание за причинение таких повреждений известны с глубокой древности.

Развитие отечественной судебной стоматологии начинается с деятельности выдающегося русского ученого и педагога, заведующего кафедрой судебной медицины Московского университета проф. П.А. Минакова. Под его руководством зубной врач Г.И. Вильга написал первую в России диссертацию по судебной одонтологии, изданную в 1903 г. в Москве под названием «О зубах в судебно-медицинском отношении». 1 сентября 1970 г. была основана кафедра судебной медицины ММСИ им. Н.А. Семашко, первым заведующим которой стал д.м.н., профессор Б.С. Сवादковский.

Сегодня в нашем регионе имеются все необходимые для проведения судебно-медицинских экспертиз на современном уровне. В частности, в судебной стоматологии, Проводится оценка выраженных гнилостных изменений челюстно-лицевой области, используются данные стоматологического статуса, при проведении судебно-медицинская экспертиза трупов, а так же при

экспертизе живых лиц. Но, к сожалению, не смотря на это, имеется нехватка специалистов в области судебной стоматологии. Так как в настоящее время стоматология развивается быстрыми темпами, появляется новое оборудование, современные методы диагностики, высококвалифицированные кадры в данной области, как в мире, так и в РТ, хочется надеяться, что в ближайшее время эти возможности будут использоваться в судебной стоматологии при проведении судебно-медицинских экспертиз в нашей республике.

ДАНИЛЕВСКИЙ АЛЕКСАНДР ЯКОВЛЕВИЧ: ВРАЧ, ПЕДАГОГ, УЧЕНЫЙ.

Валиева А.И.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.и.н., ст.преп. Иванов А.Ю.**

Данилевский Александр Яковлевич (1838 - 1923) - российский биохимик, основатель первой русской научной школы. Среднее образование получил в первой харьковской гимназии, высшее – в Харьковском университете, по окончании которого в 1860 г. получил звание лекаря. В 1863 - 1871 гг. заведовал Кафедрой медицинской химии и физики в Казани, в 1863 - 1865 гг. – кафедрой нормальной анатомии, а в 1866 – 1869 гг. - кафедрой фармакологии. В 1886 г. избран профессором физиологической химии в Харькове; в 1892 г. перешел на ту же кафедру в военно-медицинскую академию в Санкт-Петербурге, где был начальником в 1906 - 1910 гг. В 1886 г. впервые показал возможность синтеза белковоподобных веществ при участии ферментов. Им проведены обширные исследования казеина, тканевых белков (мышечных и белков мозга); изучены азотистый и фосфорный обмен животного организма, питательная ценность белков мяса и рыбы, некоторых растительных пищевых продуктов. До конца своих дней работал на кафедре военно-медицинской академии.

ВОПРОСЫ ОПЕРАТИВНОЙ ХИРУРГИИ В ИССЛЕДОВАНИЯХ Н. А. ГЕРКЕНА

Артемьева А.О.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.и.н., ст.преп. Иванов А.Ю.**

Геркен Николай Александрович (1863 – 1933) - ученый-хирург, доктор медицинских наук, профессор. В 1891 г. он становится ординатором хирургической клиники профессора Левшина в Казани и в 1892 г. защищает докторскую диссертацию на тему «К вопросу о пролиферирующих кистах челюстей и гайморовой полости» и получает степень доктора медицинских наук. В 1897 г. переходит на службу в Казанский университет, где занимается разработкой вопросов оперативной хирургии. С 1904 г. ученый возглавляет кафедру хирургической патологии. Заведующий кафедрой факультетской хирургии (1910—1925) проф. Николай Александрович Геркен в 1908 г. был избран председателем казанского общества врачей, на заседаниях которого поднимал серьезный и мало изученный вопрос о лечении аденоидных разрастаний глотки у детей. В 1909 г. Николай Александрович получает заведывание хирургической клиникой и до 1926 г. остается ее руководителем.

СТАТИСТИЧЕСКИЕ СВЕДЕНИЯ О РАБОТЕ ЛИХАЧЕВСКОГО РОДИЛЬНОГО ДОМА ЗА 1888-1894 ГОДА

Гиматдинова Л.И.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Козлов Л.А.**

Цель: изучить объем работы Лихачевского родильного дома за все годы его существования.

Задача: свести в единое целое статистические данные опубликованных в отчетах.

В прошлом учебном году нами было опубликовано краткое биографическое сведение о работе приват-доцента И. М. Львова, который с 1883-1904 года заведовал Лихачевским родильным домом. Из оставшихся им 17 отчетов мы обнаружили в библиотеке Казанского государственного медицинского университета всего шесть (за 1888-1894 года). На основании изученных оказалось, что за указанные года поступило 4098 рожениц, из них родило – 4062 (99,1%), выписано – 4037 (98,5%), умерло – 29 (0,7 %), отказано за неимением помощи – 267 (6,5 %), послеродовые осложнения – 866 (21,1%), общие количество преждевременных родов и выкидышей – 438 (10,7%).

Выводы: изучив данные отчеты мы обнаружили, что общее число поступивших с каждым годом росло с геометрической прогрессии. Так на 1888 поступило на 19% больше предыдущего года, а уже 1893 году на 21,2%.

Таким образом, ежегодно в единственном родильном доме города Казани в среднем было 677 родов. Исходя из этого простого подсчета, можно представить, что роддом работал круглый год, принимая по 2 родов в сутки. На первый взгляд, нагрузка не велика, но мы видим, что помимо родов выполнялись операционные вмешательства по поводу аборт, что зачастую требовало быстрого вмешательства врача из-за угрозы кровотечения. Кроме того, у каждой пятой родильницы имелись послеродовые осложнения, которые требовали постоянного ухода за ними. К этому следует добавить, 87 (2,1%) родов требовали различных акушерских операций: наложение щипцов произведено - 53 (1,3%) , поворот на ножку и извлечение - 9 (0,3%), извлечение за ягодицу - 8 (0,2%), кесарево сечения не было.

ИСТОРИЯ ИЗУЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Сафина Э.И.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководители - д.м.н., проф. Закиров И.Г., к.м.н., доц. Хакимов Н.М.**

ВИЧ-инфекция является без преувеличения самой актуальной проблемой и смертельной болезнью в наши дни. Она обрушилась на мировое сообщество как невиданная по своим масштабам катастрофа, представляющая угрозу для жизни многих миллионов людей. Потери и ущерб от ВИЧ-инфекции ставят в один ряд с мировыми войнами.

Первыми официальными научными сообщениями о СПИД стали две статьи о необычных случаях развития пневмоцистной пневмонии и саркомы Капоши у мужчин-гомосексуалистов, опубликованные в 1981. В июле 1982 впервые для обозначения новой болезни был предложен термин СПИД (AIDS). В период с 1981 по 1984 год вышло несколько работ, связывающих опасность развития СПИД с анальным сексом или с влиянием наркотиков. Однако, в последующем, стало появляться все больше описаний СПИДа и у мужчин гетеросексуальной ориентации, а также у женщин. Доля женщин в первых сводках не превышала 5%. Эти данные свидетельствовали о том, что гомосексуальный путь передачи не мог рассматриваться как единственный.

Параллельно велись работы над гипотезой о возможной инфекционной природе СПИД. Вирус иммунодефицита человека был открыт в 1983 году в Институте Пастера во Франции под руководством профессора Люка Монтанье. В том же году вирус был передан в США в Национальный институт рака, где под руководством профессора Роберта Галло в 1984 году вирус был выделен повторно.

В 1986 было обнаружено, что вирусы, открытые в 1983 французскими и американскими исследователями, генетически идентичны. Первоначальные названия вирусов были упразднены и предложено одно общее название - ВИЧ.

В 2008 году Люк Монтанье и Франсуаза Барре-Синусси были удостоены Нобелевской премии в области физиологии и медицины «за открытие вируса иммунодефицита человека». В самом начале изучения эпидемиологии ВИЧ-инфекции было обнаружено, что максимальная распространенность ВИЧ приходится на район Центральной Африки.

В России ВИЧ-инфекция регистрируется с 1985 года (у иностранных студентов-африканцев, обучающихся в советских вузах), но первые случаи заражения граждан СССР за рубежом датируются 1981 годом. Первая публикация об инфицировании СПИДом гражданина СССР вышла в 1987 г.

За 10 лет, прошедших после первого описания СПИДа, только в США было зарегистрировано более 300 000 случаев заболевания, из которых 200 000 закончились смертью.

АРКАДИЙ ПАВЛОВИЧ НЕСТЕРОВ: УЧИТЕЛЬ, УЧЕНЫЙ, НОВАТОР. К 90-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ

Я.В. Файзуллин, Фарух Мохаммед

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. А.М. Нугуманова**

Аркадий Павлович Нестеров родился 20 июня 1923 года в городе Бузулуке Оренбургской области.

Окончил с отличием среднюю школу в июне 1941 года, с июня 1942 до октября 1946 года служил в Красной Армии, участвовал в Великой Отечественной войне. После демобилизации поступил в Куйбышевский государственный институт (ныне-Самарский государственный медицинский университет). Будучи студентом, с 3-го курса Аркадий Павлович стал персональным стипендиатом и председателем студенческого научного общества, затем клиническим ординатором и аспирантом кафедры глазных болезней Куйбышевского медицинского института. В 1956 году защитил кандидатскую диссертацию, посвященную операции пересадки роговицы глаза, и был избран ассистентом той же кафедры. В 1964 году А.П. Нестеров защитил докторскую диссертацию и был избран по конкурсу на должность заведующего кафедрой глазных болезней Казанского медицинского института. В 1965 году ему присвоено ученое звание профессора.

В период с 1966 по 1974 год Аркадий Павлович работал также ответственным редактором «Казанского медицинского журнала», членом редколлегии которого остается и в настоящее время. В 1968 году избран депутатом Казанского городского совета, где работал в комиссии по здравоохранению. В 1975 году удостоен Государственной премии СССР.

В 1985 году Государственным комитетом по делам открытий и изобретений было зарегистрировано открытие А.П. Нестерова «Явление функциональной (обратимой) блокады склерального синуса глаза человека — эффект Нестерова». Автор показал важную роль блокады синуса в патогенезе глаукомы и указал на новые возможности лечения этого заболевания.

А.П. Нестеров — один из основателей нового направления в офтальмологии гидростатики и гидродинамики глаза. Это направление поставило на научную основу изучение патогенеза, диагностики и лечения глаукомы. Им изучены анатомия и патоморфология дренажной системы глаза, описаны неизвестные ранее патофизиологические механизмы — блокада шлеммова канала, витреальный и хрусталиковый блоки, исследованы факторы, способствующие их возникновению, разработана новая теория патогенеза первичной глаукомы, описаны редкие клинические формы глаукомы, разработана новая классификация глауком, которая принята не только в РФ, но и получила признание за рубежом. В 1978 году избран членом-корреспондентом АМН СССР, а в 1993 году — действительным членом РАМН. Умер в Москве 7 декабря 2009 года.

ПРОФЕССОР ИСААК САМУИЛОВИЧ АЛУФ: ЖИЗНЬ И ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

Габдрахманова А.Т.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.и.н., ст.преп. Иванов А.Ю.**

30 ноября 2013 г. исполняется 130 лет со дня рождения Исаака Самуиловича Алуфа. Профессор Исаак Самуилович Алуф (1883-1935) провел серьезные нейростатистические исследования и цитоархитектонические исследования коры головного

мозга и осуществлял психотерапию при истерическом неврозе. Прекрасный доктор, ученый, педагог, считался одним из лучших ораторов института. 4 октября 1930 г. после смерти директора нервной клиники А.В. Фаворского Исаак Самуилович избирается заведующим кафедрой нервных болезней медфака, профессором и директором этой клиники. В круг научных интересов ученого в это время входило изучение неврозов, сосудистых заболеваний мозгового ствола, афазии, алексии, рефлексологии. Его интересовали проблемы физиотерапевтического лечения этих заболеваний, изучение бензиновой интоксикации в эксперименте, разработка гистогенеза и гистогенетической классификации коры головного мозга. С 16 ноября 1932 г. по январь 1935 г. он становится директором Казанского медицинского института, значительно укрепляет материальную базу для научно-исследовательской работы кафедр и добивается регулярного выхода в свет «Трудов казанского медицинститута».

К 140-ЛЕТИЮ ВЫДАЮЩЕГО ПЕДИАТРА: СТУДЕНЧЕСКИЕ ГОДЫ Г.Н. СПЕРАНСКОГО

Шарафисламова Л.С.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., доц. Самороднова Е.А.

Георгий Несторович Сперанский родился в Москве 24 февраля 1873 года в семье военного врача. В 1888 году он знакомится с семьей Филатовых: в 5-м классе мужской гимназии нашел настоящих друзей – Колю Филатова и его младшего брата Всеволода.

В начале 90-х годов Г.Н. Сперанский стал проводить много времени у своих новых друзей. Их отец - известный детский врач Н.Ф. Филатов – оказал большое влияние на жизнь Г.Н. Сперанского, став впоследствии его другом и учителем. Впечатления ранней юности навсегда остались в душе Георгия Несторовича. Нил Федорович любил молодежь. Еще мальчиком Сперанский привлек к себе его внимание и завоевал его дружбу, которая укрепилась в те годы, когда юноша поступил на медицинский факультет Московского университета и затем стал работать в клинике детских болезней.

Георгий Несторович серьезно относился к учебе и науке, постоянно стремился к самостоятельному заработку. Еще учаще в гимназии, он начал давать уроки, был репетитором для детей помещиков, а с 4 курса брал платные дежурства в больнице и частных домах, делал лабораторные анализы, работал в лаборатории при Воспитательном доме по изготовлению противооспенной вакцины. В студенческие годы он старался что-то придумывать, искать новые пути в разрешении того или иного вопроса. В 1895 г. по поручению Московского общества гигиенистов Сперанский занимался организацией площадки для детей ремесленников и других «детей бедных», где под наблюдением воспитателей собирались дети. В зимнее время Н.Г. Сперанский устраивал на этой площадке каток для детей. Во главе с ним совершались лыжные походы на Воробьевы горы, молодежь стала активно заниматься спортом. Площадка и каток существуют до сих пор. В 1898 году Г.Н. Сперанский окончил университет и в течение 3 лет работал ординатором детской клиники, директором которой был профессор Н.Ф. Филатов. Общение и работа с ним оказали большое влияние на врачебное мышление на Г.Н. Сперанского

Н.Г. Сперанский - выдающийся деятель отечественной педиатрии – еще в студенческие годы проявил себя как человек с активной жизненной позицией, разнообразием интересов и неутомимой работоспособностью, что, несомненно, является примером для современного поколения будущих врачей.

ДВОЙНОЙ ЮБИЛЕЙ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ КАФЕДРЫ

Денисова А.В., Першакова Л. В.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., доц. Самороднова Е.А.

В 1933 г. под руководством Е.М.Лепского на педиатрическом факультете создается первая профильная кафедра – кафедра детских болезней медфака. Из-за отсутствия клинической базы по его предложению для подготовки педиатров стали использовать детскую клинику Института усовершенствования врачей.

Затем в 1938 г. создается вторая педиатрическая кафедра — пропедевтики детских болезней, которую возглавляет ученица Е. М. Лепского Е.П. Кревер. Базой кафедры стала 4 детская больница. Коллектив кафедры занимался изучением рахита, анемии. В годы Великой Отечественной войны кафедра не функционировала.

В 1949 г. кафедра педиатрии медфака разделилась на две — факультетской и госпитальной педиатрии. Первую возглавила доцент Е. П. Кревер, базой кафедры стала 2 детская больница, а кафедру пропедевтики детских болезней с 1950 по 1967 г. возглавила профессор Г. А. Макарова-Хаин. В 1967—1968 гг. заведующей кафедрой была Р. М. Шакирзянова, с 1968 по 1979 г.— М. В. Федорова, с 1979 по 1986 г.— Н. А. Черкасова. Ведущей научной проблемой кафедры оставался рахит, а также изучались вопросы диагностики и лечения других заболеваний у детей. С 1986 г. кафедру возглавила профессор О. И.Пикуза, которая со следующего года стала заведовать новой кафедрой детских болезней № 1. Под ее руководством сложилось научное направление по изучению функциональных резервов здоровья детей.

В 1952/53 учебном году кафедра факультетской педиатрии была переведена в детскую клинику им. В. К. Миньшикова. В 1953-1955 гг. кафедрой заведовала А. Х. Хамидуллина, а с 1955 по 1982 г. - профессор К.А. Святкина. Основным направлением деятельности являлась проблема рахита и рахитоподобных заболеваний. С 1982 по 1986 гг. кафедра факультетской педиатрии была единой с кафедрой госпитальной педиатрии под руководством профессора Н.А.Романовой, а с 1987г. вошла в состав кафедры детских болезней №1.

В 2006 г. после объединения с кафедрой детских болезней лечебного факультета кафедра получила свое сегодняшнее название - пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии с курсом детских болезней лечебного факультета. С 2009 г. ею руководит профессор Р.А.Файзуллина.

Таким образом, в 2013 году мы отмечаем двойной юбилей – 80 и 75-летие с момента образования кафедры.

АЛЕКСАНДР-ЛЮДВИГ АЛЕКСАНДРОВИЧ КИТЕР: ВРАЧ И НОВАТОР

Галеева Д.Р.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.и.н., доц. Иванов А.Ю.**

Александр-Людвиг Александрович Китер (1813-1879) – врач, основоположник русской гинекологической хирургии. Среднее образование получил в рижской гимназии, высшее – в Дерптском университете, медицинский факультет которого окончил с золотой медалью в 1835г. и был оставлен для приготовления к профессорскому званию, а в 1836 г. назначен ассистентом при хирургической клинике. 1838 г Александр-Людвиг Александрович был командирован за границу для усовершенствования хирургии. По возвращении в Россию, 27 января 1840 г. был назначен по кафедре теоретической хирургии в Казанском университете – сначала адъюнктом, затем с 1842 г. экстраординарным, и, наконец, с 1846 г. ординарным профессором. Кроме того, с осени 1843г. он преподавал оперативную хирургию и десмургию. В 1846г. впервые в России произвел уникальную, по тем временам, операцию экстирпации матки через влагалище. Кафедрой акушерства и женских болезней руководил с 1848 по 1858 г., а затем перешел на кафедру госпитальной хирургии. Наиболее крупным вкладом в акушерско-гинекологическую науку явился его капитальный труд «Руководство к изучению женских болезней». Это было одно из первых в истории мировой науки руководство по гинекологии.

ТЕРНОВСКИЙ ВАСИЛИЙ НИКОЛАЕВИЧ - ВИДНЫЙ ПОПУЛЯРИЗАТОР МЕДИЦИНЫ

Галяутдинова А.Р.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.и.н., доц. Иванов А.Ю.**

Терновский Василий Николаевич (1888 – 1976) до 1907 года учился в Ташкенской гимназии, после поступил на естественное отделение физико-математического факультета Петербургского университета, который окончил в 1912 г экстерном, а в 1915 г. закончил Медицинский факультет в Москве со степенью лекаря с отличием. Позже был ординатором госпитальной хирургической клиники Московского университета у профессора А.В.Мартынова, служил врачом в хирургическом отряде Красного Креста на западном фронте, а в 1918 занимал должность преподавателя на кафедре анатомии Московского университета. В 1922 г. Терновский защищал докторскую диссертацию «Анатомия вегетативной нервной системы». С 1924 по 1944 г. был избран заведующим кафедрой нормальной анатомии в Казанском университете. С 1941 по 1944 г. В.Н. Терновский читал популярные лекции бойцам в госпиталях, с 1945 по 1950 г. возглавлял лекционное бюро при Президиуме АМН СССР и сам активно выступал с популярными лекциями для населения. Деятельное участие он принимал в работе Ученого совета Министерства здравоохранения, а также Всесоюзного общества анатомов, гистологов и эмбриологов и Всесоюзного общества историков медицины. Награжден орденом Трудового Красного Знамени.

ШАГИ НОВОЙ ИСТОРИИ: К 45-ЛЕТИЮ ПЕРВОЙ В МИРЕ ПЕРЕСАДКЕ СЕРДЦА ЧЕЛОВЕКА...

Лашманова Ю. В.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., доц. Баялиева А. Ж.**

18 дней... столько предстояло биться первому в мире пересаженному человеческому сердцу... 45 лет назад 3 декабря Кристиан Бернارد пересадил сердце 25-летней девушки, погибшей в автокатастрофе 55 – летнему Луису Вашкански, принявшему предложение врача стать первым пациентом с донорским сердцем. Операция была проведена успешно, но ослабленный под действием иммунодепрессантов иммунитет не справился с «подхваченной» в больнице пневмонией. Бернارد работал, не обращая внимания на критику, и уже вторая проведенная им операция продлила жизнь человеку на 19 месяцев.

Примечательно, что всю свою жизнь он считал своим учителем русского кардиохирурга Демихова Владимира Петровича. Накануне той первой в мире операции по пересадке сердца он звонит Демихову через пол земного шара. Прилетев (уже после знаменитой операции) в очередной раз в Москву, оглядев ряды встречающих чиновников, воскликнул:

«Простите, но я не вижу здесь моего учителя, господина Демихова. Где он?»

Встречающие чиновники недоуменно переглянулись: а кто это? Слава Богу, кто-то вспомнил, пришлось выкручиваться: господин Демихов не приехал из-за чрезвычайной занятости в Институте скорой помощи им. Склифосовского. Гость тут же изъявил желание немедленно оправиться к нему. Пришлось вести. В полутемном холодном подвале, где размещалась лаборатория первого в СССР отдела трансплантологии органов, и нашёл Бернارد своего учителя...»

Трансплантация сердца – одна из сложнейших операций, как с технической, так и с морально – этической стороны. Последнее так же играло одну из причин в запаздывании проведения таких операций в России. Кроме того за всей деятельностью врачей данной направленности велся жесткий контроль политиков.

Только спустя 25 лет обойти идеологический запрет партии удалось Валерию Ивановичу Шумакову, которым была проведена успешная трансплантация сердца пациентке Александре Шальковой, прожившей затем более восьми лет.

Несомненно, важнейшей датой в трансплантологии Казанской школы является 29 декабря 2011 года, когда в МКДЦ была произведена первая в республике пересадка сердца 52-летнему мужчине с дилатационной кардиомиопатией. Вторая пересадка была осуществлена в январе 2012 года. Обе операции прошли успешно, пациенты находятся на диспансерном наблюдении.

К 145-ЛЕТИЮ СО ДНЯ ОСНОВАНИЯ КАФЕДРЫ ОФТАЛЬМОЛОГИИ КАЗАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА. ОТ БРАУНА И.О. ДО НИКОЛЬСКОГО М.В.

Сафандеев В.В.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководители - к.м.н., доц. Нугуманова А.М., к.м.н., асс. Хамитова Г.Х.**

Начиная с 1867 года, была основана самостоятельная кафедра глазных болезней при Казанском университете, но без клиники. С 1870 года руководил ею Е.В. Адамюк. До него же в хронологическом обратном порядке заведовали курсом: Никольский М.В., Бекетов А.Н., Китер А.А., Елачич Ф.О., Дубовицкий П.А., снова Елачич Ф.О., Фогель Л.Л., Арнгольдт А.И., Браун И.О.

В процессе работы с архивными материалами Национальной библиотеки РТ, музея и архива КФУ, Национального архива РТ, рукописными и редкими материалами РГБ, портретами картинной галереи, материалами, запрошенными в Германии, Австрии и пр., удалось выявить ряд недостоверных сведений, например в отношении даты рождения И.О. Брауна. Вместо 1773/74 или 1777 года следует указывать 1778. Представляется, что связано с Новым стилем отсчета. Были найдены и скорректированы даты рождения и смерти А.И. Арнгольда, М.В. Никольского дополнены автобиографическим материалом. Также впервые удалось найти фотографии, зарисовки Никольского и Брауна. Некоторые из снимков (Китер, Елачич, Бекетов) были оцифрованы и представлены в отличнейшем качестве. Удалось установить, что не соответствуют действительности портреты ряда кафедр в отношении портретов Бекетова и Брауна. Оба ни разу не были представлены в интернете. В отношении Бекетова-хирурга бытует мнение, что он является дедушкой А.А. Блока. Что также не соответствует действительности. Поскольку дедом его является другой Бекетов, известный ботаник, ректор Московского университета. Проведена огромная работа по поиску и систематизации информации. Работа ещё будет продолжаться и дополняться. Началась оцифровка архивных материалов КФУ и КГМУ. Разосланы запросы по Фогелю, Арнгольдту и Брауну. На сегодняшний день можно утверждать – работа, вклад прошлых поколений не канет в лету. К 200-летнему юбилею история кафедры станет максимально раскрыта и доступна.

САЙФУЛЛИНА ХАЛИМА МУХЛИСОВНА - ОРГАНИЗАТОР КАФЕДРЫ СТОМАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Казанский государственный медицинский университет

Мингалева А. Р.

Руководитель - д.м.н., проф. Хамитова Н.Х.

Глубокоуважаемые коллеги!

Позвольте выразить благодарность за предоставленную возможность вспомнить и рассказать о жизненном пути великой женщины, организатора, ученого, учителя, д.м.н., профессора, заслуженного деятеля наук Татарской АССР – Халимы Мухлисовны Сайфуллиной.

Халима Мухлисовна родилась 26 декабря 1928 года в Казани, закончила среднюю школу. Окончила 10-й класс вечерней школы рабочей молодежи, Казанский стоматологический институт и работала врачом-стоматологом в поликлиниках железнодорожных станций Йошкар-Ола, Юдино, Васильево.

В декабре 1963 года, будучи практическим врачом, защитила кандидатскую диссертацию на тему «Роль витамина В-1 и фтора в профилактике кариеса зубов в раннем детском возрасте». В Казанском государственном медицинском университете работала с 1959 года ассистентом, доцентом кафедры терапевтической стоматологии, а с сентября 1977 года до октября 1991 года заведующей кафедрой стоматологии детского возраста.

За выдающиеся организаторские способности Х.М. была командирована в Монг. Нар. Респ., где течение двух лет являлась одним из организаторов стоматологической секции научно-медицинского общества врачей МНР. Ее труд был отмечен Почетными Грамотами Великого Народного Хурала МНР, Посольства СССР в МНР, органов здравоохранения МНР.

В 1979 году защитила докторскую диссертацию на тему «Кариес зуба, резистентность организма и аллергические реакции слюнных желез». С 1983 г. по 1988г. являлась деканом стоматологического факультета. Халима Мухлисовна Сайфуллина автор 159 опубликованных работ, изобретения: «Применение димефосфона и стоматологии», 2 учебных пособий, 14 рацпредложений. Под ее руководством подготовлены и успешно защищены 2 докторских и более 20 кандидатских диссертаций. Халима Мухлисовна награждена 5 медалями, в том числе медалью «Ветеран труда». Быть учениками такого учителя, простор быть знакомым с таким человеком огромная честь и не с чем несравнимая радость.

Светлая память об учителе, друге, наставнике навсегда останется в сердцах ее учеников и последователей.

ГАЙСИНА РИМА ЛЯБИБОВНА, ХАМИТОВ ХАНИФ САБИРОВИЧ

Мингалева А.Р.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.б.н., доц. Земскова С.Н.

Гайсина Рима Лябибовна родилась 21 октября 1926 г. в г. Буинске. В 1944 г. окончила школу N 39 г. Казани. В 1950 году окончила лечебный факультет Казанского мед. института. Вышла замуж 7 сентября 1950 г. До 1957 г. работала участковым врачом в Атнином районе, затем врачом – терапевтом в 4-ом гор. Объединение. В 1957 г. окончила ординатуру. С 1957 г. по 1962 г. – врач – терапевт МСЧ п/я 747 г. Казани. С 1962 г. по 1965 г. врач – профпатолог 12 городской больницы. С 1965 г. до пенсии – врач функциональной диагностики бгор. больницы. За отличные показатели в работе присвоено звание "Ударник коммунистического труда" в 1965 г. Награждена медалью "Ветеран труда". Умерла 27 июля 1989 г.

Хамитов Ханиф Сабирович родился 10 мая 1928 г. в дер. Янгуз Нарат Башкирской АССР. В 1942 г. окончил Щучи – Озерскую школу в Пермской области. С 1945 г. по 1950 г. учился на лечебном факультете Казанского мед. Института. В 1953 г. защитил кандидатскую диссертацию. С 1955 г. по 1957 г. окончил Вечерний Университет Марксизма – Ленинизма. В 1965 г.

защитил докторскую диссертацию. Работал ассистентом, с 1961 г. доцентом, профессором, с 1982 г. зав. Кафедрой физиологии. С 1963 г. по 1989 г. ректор Казанского медицинского института. Был депутатом Казанского Горсовета, членом Пленума Вахитовского Района КПСС, членом Президиума Татарского обкома профсоюза медроботников, председателем Казанского отделения Советского комитета защиты мира, членом Центрального правления общества Советско – Чехословацкой дружбы, председателем Татарского и членом Центрального совета Всесоюзного добровольного общества за трезвость. Имеет 190 напечатанных работ, в том числе 2 монографии и 3 изобретения. Под его руководством выполнено 27 диссертационных работ. Награжден Орденом Ленина, Орденом Трудового и Красного знамени, медалью "Ветеран труда", медалью "За доблестный труд. В ознаменовании 100-летия со дня рождения В.И. Ленина", двумя почетными грамотами Президиума Верховного Совета ТАССР; Почетной грамотой ЦК КПСС, Совета Министров СССР, ВЦСПС и ЦК ВЛКСМ "За достижение наивысших результатов во Всесоюзном соц. соревновании в честь 70-летия Великой Октябрьской Социалистической революции, в 1974 г. получил Почетное звание "Заслуженный деятель науки ТАССР." Умер в 29 января 2003 г.

ВКЛАД Д.А. КАЛВЕЛИСА В РАЗВИТИЕ ОРТОДОНТИИ

Фазлиева Л.И.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., асс. Яхина З.Х.

Заслуженный деятель науки и заслуженный врач Латвийской ССР, доктор медицинских наук, профессор Д. А. Калвелис с 1940 по 1974 год заведовал кафедрой ортопедической стоматологии Рижского медицинского института. В 1939 г. Д. А. Калвелис защитил диссертацию на соискание ученой степени доктора медицины. В 1946 г. был утвержден в этой степени и в ученом звании профессора. Основными направлениями научной деятельности Калвелиса было изучение биоморфологических изменений зубочелюстной системы. Им было показано, что в основе ортодонтического лечения зубочелюстных аномалий лежат характерные морфологические изменения. Его монография «Биоморфологические основы ортодонтического лечения» (1961) и «Ортодонтия» (1964) стали настольными книгами ортодонтов. Калвелис неоднократно указывал, что интенсивность и тяжесть тканевых преобразований при ортодонтической нагрузке на зубы зависят не только от силы и времени действия ортодонтического аппарата, но и от реактивности организма, возраста, конституции и состояния здоровья. Большой клинический опыт позволил Д. А. Калвелису разделить признаки, характеризующие нормальное и патологическое состояние жевательного аппарата на безусловные и относительные, а последние – на существенные и несущественные. Он указал, что из большого количества признаков необходимо выделять группу практически важных (относительно существенных) признаков, поддающихся терапевтическому воздействию. Не все зубочелюстные аномалии подлежат лечению, так как каждое незначительное отклонение от нормы, не отражающееся на функции и незначительно влияющее на внешность больного, следует рассматривать как индивидуальную особенность, не подлежащую лечению. Эти представления Калвелиса соответствуют классификации зубочелюстных аномалий, принятой Всемирной организацией здравоохранения, которая предложила классифицировать зубочелюстные аномалии на «требующие» и «не требующие лечения». На протяжении ряда лет Д. А. Калвелис был главным стоматологом Минздрава Латвийской ССР. В 1946 г. он организовал республиканское научное медицинское общество стоматологов и стал первым его председателем. Был почетным членом Всесоюзного научного общества стоматологов. Автор более 90 научных работ, в том числе 3 монографий. Под его руководством защищены 4 докторские и 18 кандидатских диссертаций.

К ВОПРОСУ ОБ УТОЧНЕНИИ ИСТОРИЧЕСКИХ ДАННЫХ КАФЕДРЫ ОФТАЛЬМОЛОГИИ

Сафандеев В.В.

Казанский государственный медицинский университет

Руководители - к.м.н., доц. Нугуманова А.М., к.м.н., асс. Хамитова Г.Х.

Известно, что основателем кафедры считается по одним данным Е. В. Адамюк, по другим, и архивные материалы это подтверждают, – М.В. Никольский. Именно с 1867 года, была основана самостоятельная кафедра глазных болезней при Казанском университете, но без клиники. И впервые её возглавил Михаил Васильевич. В связи с его перемещением на кафедру госпитальной хирургической клиники 3 марта 1870 года, с этого периода кафедрой руководил Е.В. Адамюк.

Поиск важных дат, смерти, рождения И.О. Брауна указан во многих справочниках. Однако нам в свете последних данных представляется, вместо 1773/74 или 1777 года следует указывать 1778. Что связано с Новым стилем отсчета. Подтверждающие материалы можно найти в РГБ и НЦ РТ.

Были найдены и скорректированы даты рождения и смерти А.И. Арнольда, М.В. Никольского, впервые указана дата рождения Бекетова (1822). Все данные дополнены автобиографическим материалом. Так, показано, какую роль Арнольд сыграл в судьбе Тобольской губернии. Благодаря ему в 1815 году были открыты три приходских училища ...

Впервые удалось найти портреты Никольского и Брауна. Некоторые из снимков (Дубовицкий, Елечич, Бекетов) были оцифрованы и представлены в отличнейшем качестве. Удалось установить, что портреты Бекетова, Брауна и Никольского, представленные рядом кафедр, принадлежат другим лицам. Последние два ни разу не были представлены в интернете. В отношении Бекетова-хирурга бытует мнение, что он является дедушкой А.А. Блока. Что не соответствует действительности. Поскольку дедом его является другой Бекетов, тоже Андрей Николаевич, но он известный ботаник, ректор Петербургского университета.

Проведена огромная работа по поиску и систематизации информации. Началась оцифровка архивных материалов КФУ и КГМУ. Работа ещё будет продолжаться и дополняться. Разосланы запросы по Брауну, Фогелю, Арнольду.

Таким образом, в процессе работы с архивными материалами Национальной библиотеки РТ, музея и архива КФУ, Национального архива РТ, рукописными и редкими материалами РГБ, портретами Третьяковской галереи и Румянцевского музея,

материалами, запрошенными в Германии, Австрии и пр., обнаружены неточности, которые будут отображены в монографии, посвящённой 200-летию кафедры офтальмологии КГМУ.

К ИСТОКАМ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЯ В КАЗАНИ

Овчинников П.Д.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - д.м.н., проф. Козлов Л.А.

Началу благополучных кесаревых сечений в Казани положил в 90-ых годах 19 века приват-доцент И.М.Львов. В начале 20 века эстафету принял профессор В.С.Груздев. По имеющимся публикациям впервые 15 лет на 3626 родов было сделано 8 кесаревых сечений (0,2%). В последующие 13 лет им было выполнено 24 кесаревых сечений, что на 2042 родов составило 1,17%. Таким образом, частота этой операции возросла в 5 раз, этому способствовало интенсивное внедрение в клинике асептики и антисептики. С открытием акушерской клиники вновь в созданном в Казани ГИДУВе, за 6 лет учеником профессора В.С.Груздева - профессором А.И.Тимофеевым сделано еще 27 кесаревых сечений. Таким образом, за 28 лет профессорами В.С.Груздевым и А.И.Тимофеевым всего было выполнено 59 операций. К сожалению, в последующем материнская смертность встретилась и на 59 кесаревых сечений, она составила 6,8%, это соответствовало среднему проценту материнской летальности по России. По данным Н.А.Побединского за 25 лет смертность снизилась с 39%, до 6,2%. Ими же разработаны показания к операции, сведенные в IV группы. Примечательно то, что они достаточно подробно сформировали перечень относительных показаний, присоединившись к мнению профессора А.Н.Лебедева. Так же они смогли определить условия производства операции, из которых главных три: живой, жизнеспособный плод, отсутствие инфекции и наличие надлежащей обстановки (операционной). Лучшей считали технику с разрезом матки в нижнем сегменте: трансперитонеальное низкое ретровезикальное кесарево сечение, обезболивание предпочтительно местная инфильтрационная анестезия.

Эти сведения, были сообщены на восьмом всесоюзном съезде акушеров-гинекологов в Киеве (1928 г.) и явились исходным моментом для последующего развития учения о кесаревом сечении в Казани на протяжении всего 20 века.

35 ЛЕТ ДЕТСКОЙ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ МЗ РТ - ОТ ИСТОКОВ ДО НАШИХ ДНЕЙ

Миннуллина Э.Р.

Казанский государственный медицинский университет

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

В 2012 году Детской Республиканской Клинической Больнице (ДРКБ МЗ РТ) исполнилось 35 лет со дня открытия. Это знаменательная дата, на протяжении которой, обеспечивается высококвалифицированная медицинская помощь тяжело больным детям всего региона Республики Татарстан.

История ДРКБ началась во второй половине XX века, с 1977 года. Больница представляла собой стационар, рассчитанный на 500 коек и поликлинику. Главным врачом был назначен заслуженный врач РФ и РТ, к.м.н. Карпужин Е.В. Основное приоритетное направление – это развитие и совершенствование высокотехнологичных видов медицинской помощи, расширение её профилей и объемов. Больница располагает мощным диагностическим потенциалом: ангиографический комплекс, компьютерный и магнитно-резонансный томограф, современное оборудование для функциональных, ультразвуковых, эндоскопических исследований.

В 1994 году введён в эксплуатацию новый корпус на 300 коек, где открылись отделения реанимации новорожденных, кардиохирургии, нейрохирургии и другие. В 2002-2008 гг. больница признана «Лучшей детской больницей РФ». Лауреат международной премии «Профессия – жизнь».

С 2010 года главным врачом является Шавалиев Р.Ф. На сегодняшний день ДРКБ это современное многопрофильное лечебное учреждение, объединяющее в себе функции республиканской клиники, стационара высоких технологий и больницы скорой медицинской помощи. При консультативной поликлинике функционирует дневной стационар на 30 коек, работающий в 2 смены. Функционируют 22 профильных клинических отделения, в том числе 11 - педиатрического профиля, 11 - хирургического, 4 отделения реанимации и интенсивной терапии. С 1982 года функционирует реанимационно-консультативный центр.

В значительное снижение младенческой и неонатальной смертности в РТ большой вклад вносит функционирование многопрофильной детской больницы, оснащённой высокотехнологичным оборудованием, где работают высококвалифицированные врачи: 25 кандидата медицинских наук, 2 доктора медицинских наук, 20 заслуженных врачей РТ и РФ. Больница является учебной базой 8 кафедр медицинского университета, в том числе кафедры госпитальной педиатрии, которая работает с момента её открытия. ДРКБ входит в пятерку крупных детских больниц РФ.

А.Г.ТЕРЕГУЛОВ. БЕЛЫЕ ЦВЕТЫ

Габдрахманова М.Р.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., доц. Бомбина Л.К.

Абубакир Гиреевич Терегулов родился в селе Чишма, расположенном в Уфимской губернии в 1885 г. Его детство и юность прошли на берегу прекрасной реки Белой. После окончания гимназии в 1906 г. Абубакир Гиреевич поступил в Казанский университет, сначала на естественный факультет, а через год на медицинский. В решении посвятить себя занятию медициной, как рассказывал сам Абубакир Гиреевич, большую роль сыграли появившиеся в 1901 г. в печати «Записки врача» В.В. Вересаева, оставившие у него неизгладимое впечатление. В 1911 г. А.Г. Терегулов, выдержав все установленные испыта-

ния, окончил медицинский факультет со степенью лекаря с отличием. А.Н. Казем-Бек предложил способному молодому врачу остаться в его клинике в качестве ординатора. Абубакир Гиреевич решил начать свою деятельность в качестве земского врача и был избран на эту должность в родной Чишма, где проработал в течение двух лет. Работа состояла из амбулаторного приема и выездов на земских лошадях на участок. Работа была утомительная, но весьма увлекательная для энергичного молодого врача, полного энтузиазма и желания помочь своим ближним. «Моей заветной мечтой было — служить народу!» - вспоминал позднее Абубакир Гиреевич. «Однажды у одной бедной женщины я спас от смерти ее ребенка. Она в такой бедности жила, что платье на ней было в сплошных заплатках. Знахарки уже свели в могилу троих ее детей и, невзирая на проклятия всех изуверов, она нашла в себе силы принести четвертого ребенка ко мне. Когда ребенок выздоровел, она не знала, как благодарить меня, и очень горевала, что не может принести подарка. И вот она протянула мне горсть медяков, добытых тяжелым трудом, а возможно — вырученных от продажи каких-то скудных пожитков. Когда я не взял медяки, она сильно расстроилась, даже затряслась,— может быть, подумала, что я гнушаюсь слишком жалкой подачкой. Но я решительно объяснил ей, что лечу больных бесплатно. Она в это не поверила.

«Ничего на свете не делается бесплатно,— сказала она.— Бог не простит меня за то, что я не выполнила обета. Грех останется на мне вечно».

Тогда я сказал: «Если хотите сделать мне приятное, соберите белых лилий и принесите в подарок моей жене». После этого я никогда больше не видел ее. Только по утрам у порога нашего дома мы часто находили белые лилии».

145-ЛЕТИЮ СО ДНЯ ОСНОВАНИЯ КАФЕДРЫ ОФТАЛЬМОЛОГИИ КАЗАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ПОСВЯЩАЕТСЯ. К ВОПРОСУ ОБ УТОЧНЕНИИ ИСТОРИЧЕСКИХ ДАННЫХ КАФЕДРЫ ОФТАЛЬМОЛОГИИ

**Казанский государственный медицинский университет
Сафандеев В.В.**

Руководители- к.м.н., доц. Нугуманова А.М., к.м.н., асс. Хамитова Г.Х.

Известно, что основателем кафедры считается по одним данным Е. В. Адамюк, по другим, и архивные материалы это подтверждают, — М.В. Никольский. Именно с 1867 года, была основана самостоятельная кафедра глазных болезней при Казанском университете, но без клиники. И впервые её возглавил Михаил Васильевич. В связи с его перемещением на кафедру госпитальной хирургической клиники 3 марта 1870 года, кафедрой начал руководить Е.В. Адамюк.

Поиск важных дат, смерти, рождения И.О. Брауна указан во многих справочниках. Однако нам в свете последних данных представляется, вместо 1773/74 или 1777 года следует указывать 1778. Что связано с Новым стилем отсчета. Подтверждающие материалы можно найти в РГБ и НЦ РТ.

Были найдены и скорректированы даты рождения и смерти А.И. Арнольда, М.В. Никольского, впервые указана дата рождения Бекетова (1822). Все данные дополнены автобиографическим материалом. Так, показано, какую роль Арнольд сыграл в судьбе Тобольской губернии. Благодаря ему в 1815 году были открыты три приходских училища ...

Впервые удалось найти портреты Никольского и Брауна. Некоторые из снимков (Дубовицкий, Елачич, Бекетов) были оцифрованы и представлены в отличнейшем качестве. Удалось установить, что портреты Бекетова, Брауна и Никольского, представленные рядом кафедр, принадлежат другим лицам. Последние два ни разу не были представлены в интернете. В отношении Бекетова-хирурга бытует мнение, что он является дедушкой А.А. Блока. Что не соответствует действительности. Поскольку дедом его является другой Бекетов, тоже Андрей Николаевич, но он известный ботаник, ректор Петербургского университета.

Проведена огромная работа по поиску и систематизации информации. Началась оцифровка архивных материалов КФУ и КГМУ. Работа ещё будет продолжаться и дополняться. Разосланы запросы по Брауну, Фогелю, Арнольду.

За полтора века существования было написано множество статей по истории кафедры, однако в процессе работы с архивными материалами Национальной библиотеки РТ, музея и архива КФУ, Национального архива РТ, рукописными и редкими материалами РГБ, портретами Третьяковской галереи и Румянцевского музея, материалами, запрошенными в Германии, Австрии и пр., обнаружены неточности, которые будут устранены в монографии, посвящённой 200-летию кафедры офтальмологии КГМУ.

И.М. ЛЬВОВ И П.Я. ТЕПЛОВ - ПЕРВОПРОХОДЦЫ ЗЕМСКОЙ ГИНЕКОЛОГИИ В КАЗАНИ

Галиуллина З.Р.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Козлов Л.А.**

Гинекология выделилась в самостоятельную специальность лишь в конце 19 века. В Казани долгое время не было специального гинекологического отделения и необходимую помощь женщинам, особенно оперативную, осуществляли хирурги. В период с 1881 по 1885 годов хирург Л.Л. Левшин произвел в Казани 29 овариотомий и получил 85,2% выздоровления по сравнению с 70% в среднем по России (В.А. Матвеев, 1886). С 1885 по 1889 годы в Казанском университете успешно работал проф. Н.Н. Феноменов. Внедряя антисептику, а затем и асептику, он довел выздоровление при овариотомии до 97%. По отчету В.В. Владимировича о работе гинекологического отделения за 10 лет с 1885 по 1895 года число стационарных больных составило 1657 человек. Среднегодовое количество пациентов составило 166. 1290 подверглись оперативному лечению (80,3%) и 367-терапевтическому. Выздоровело 96,9% больных. Общее число операций 1517. Летальность среди пациентов составила 3,1%. Но все это было в рамках медицинского факультета университета и предназначалось, прежде всего, для педагогических целей. А как же обстояло дело с земской, практической медициной?

В созданной в Казани в 1807 году городской больнице гинекологического отделения долгое время не было, хотя нужда в этом была большая. И вот, в бытность главного врача Лихачевского родильного дома – И.М. Львова, в журнале «Врач» за 1888 год сообщалось, что купец Попов пожертвовал деньги на устройство отделения для больных женскими болезнями при этом род доме. С сентября 1888 года гинекологическое отделение начало свою работу, результаты которой авторы – И.М. Львов и П.Я. Теплов - публиковали в «Медицинских отчетах по гинекологическому отделению Казанской губернской земской больницы». Нами обнаружено 3 отчета с 1890 по 1894 годы. Стационарному лечению подверглись 796 больных, из них 494(62%) – хирургические и 302(38%) – терапевтические. Число выполненных операций составляет 793 (летальность 3.8%). Среднегодовое количество стационарных пациентов составило 265. Число амбулаторных пациентов составило 11182, а общее количество посещений около 20 тысяч.

Таким образом, среднегодовое количество стационарных больных в Лихачевском роддоме превышало в 1,6 раз, доля терапевтических больных почти в 2 раза превышает таковую в клинике медфака, а летальность примерно одинакова.

25-ЛЕТНЕМУ ЮБИЛЕЮ КАФЕДРЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ИММУНОЛОГИИ И АЛЛЕРГОЛОГИИ ПОСВЯЩАЕТСЯ...

Усманова А.Р., Губаева Д.Н., Валеева А.Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Цибулькина В.Н.

Кафедра образована в 1987 году. Организатором и бессменным руководителем является д.м.н., профессор Цибулькина Вера Николаевна, автор более чем 150 научных трудов. На кафедре также работают 2 профессора (Хакимова Р.Ф., Скороходкина О.В.) и доцент (Васильева А.А.). Несмотря на немногочисленный коллектив кафедры, выполняется большой объем работы: преподавание циклов по основам иммунологии на младших курсах всех факультетов и клинической иммунологии и аллергологии на старших курсах и слушателям последиplomного образования. Клиническими базами кафедры являются Центр клинической иммунологии и пульмонологического отделения РКБ, ДРКБ МЗ РТ, где сотрудниками кафедры ведется лечебно-диагностическая и консультативная работа. Преподаватели кафедры - постоянные участники и организаторы многочисленных городских, региональных, российских и международных научно-практических конференций по аллергологии, иммунологии, педиатрии, пульмонологии. Среди научных направлений кафедры: иммунопатологические состояния и их распространенность, факторы риска, механизмы патогенеза, совершенствование методов диагностики и оптимизации терапии. Под руководством сотрудников кафедры защищено 2 докторские и 20 кандидатских диссертаций. С 2009 года открыта аспирантура по специальности «Клиническая иммунология, аллергология». Профессора Цибулькина В.Н. и Скороходкина О.В. являются лауреатами премии им. А.Д. Адо АН РТ (2007 год) за работу "Современные подходы к использованию средств с иммуномодулирующей активностью в терапии бронхиальной астмы". За 25 лет работы подготовлено 23 ординатора, семеро из которых защитили кандидатские диссертации. На кафедре работает студенческий научный кружок. Члены кружка неоднократно занимали призовые места и награждались дипломами на Всероссийских студенческих научных конференциях и конференциях "Молодые ученые в медицине". Богатая на интересные события 25-летняя история показывает, что кафедра клинической иммунологии и аллергологии успешно работает и достойно продолжает традиции казанской аллергологической школы, заложенные академиком А.Д. Адо.

165 ЛЕТ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ КАПУСТИНА МИХАИЛА ЯКОВЛЕВИЧА

Мударисова Р.Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Иванов А.В.

Капустин Михаил Яковлевич известный гигиенист и общественный деятель.

Родился в Западной Сибири, первоначальное образование получил в томской гимназии, а высшее в бывшей медико-хирургической академии в Петербурге. Выпущенный в декабре 1870 г. из академии со званием врача, Капустин занялся врачебной деятельностью, сначала в качестве участкового земского врача, а с 1874 г. - военного. Участвовал в войне с Турцией, и вскоре по окончании войны, оставил военную службу и посвятил себя санитарной деятельности, предпослав ей занятия в гигиенической лаборатории профессора А.П. Доброславина. С 1884 г. окончательно перешел на академическую деятельность. В 1884—87 гг. Капустин состоял профессором гигиены в Варшавском университете, с 1887 по 1910 г.—профессор Казанского университета. Капустин являлся одним из первых русских гигиенистов, который кроме чисто научных работ широко ставил и разрабатывал вопросы общественной санитарии и медицины.

Отзывчивость Капустина к крупным явлениям общественной жизни наглядно выразилась и в участии, которое он принимал при обсуждении и разработке вопросов о характере той помощи, какую можно было оказать бедствующему населению, во время постигших нас неурожайных годов.

М. Я. Капустин был видным общественным деятелем. Он в течение многих лет возглавлял Общество врачей при Казанском университете, принимал активное участие в работе Пироговского общества. Относясь с живейшим интересом к назревавшим научно-практическим вопросам, он немало способствовал их разработке, состоя, во время своего пребывания в Санкт-Петербурге, секретарем русского общества охраны народного здоровья и одним из делопроизводителей при городской комиссии общественного здоровья и принимая участие в работах съездов врачей различных губерний и общества Казанских врачей, в котором состоит председателем. Ученый придерживался умеренно-либеральных взглядов и был сторонником эволюционного развития России. Будучи избранным в 1907 г. во II, а затем и в III Государственную думу, он возглавил парламентскую фракцию октябристов. На заседаниях Думы казанский гигиенист высказывался против разжигания классовых противоречий, за сохранение религиозно-нравственных основ русской жизни, за что В. И. Ленин именовал М. Я. Капустина заядлым контрреволюционером.

ЗАВЕДУЮЩИЙ КУРСОМ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ — ПЕТР НИКОЛАЕВИЧ БУЛАТОВ (к 45-летию со дня смерти)

Анисимов А.А.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., доц. Рашитов Л.Ф.

Петр Николаевич Булатов родился 28 сентября 1907 году в г. Сапожок Рязанской области в крестьянской семье середняков. В 1924 году окончил среднюю школу в родном городе. В 1930 году поступил на лечебный факультет 1-го Московского медицинского института и через четыре года закончил его с отличием. С 1934 по 1937 года работал в районной больнице села Кыра Восточно-Сибирского крайздрава главным врачом и хирургом. С 1937 по 1941 г.г. Петр Николаевич работал одновременно главным врачом и хирургом в районной больнице села Бирка Биркинского района Читинского области. В 1940 году он поступил в аспирантуру в Ленинградской нейрохирургический институт. В этом же году Петр Николаевич принят кандидатом, а в 1942 году – в члены ВКП(б). 26.10.1942 г. в совете КГМИ состоялась защита кандидатской диссертации на тему «Анастомозы периферических нервных проводников». В годы Великой Отечественной Войны Петр Николаевич Булатов работал ведущим хирургом и консультантом эвакогоспиталей №1673, 3657, 3651 г. Казани. В этот период Петр Николаевич неоднократно поощрялся благодарностями начальника госпиталя. С 1943 по 1944 г.г., работая хирургом, одновременно вел педагогическую работу в КГМИ, читая доцентский курс военно-полевой хирургии для студентов 5 курса. С 1945 г. после демобилизации был назначен на должность заведующего хирургической группой станции переливания крови тыла в Казани, а также на должность ассистента кафедры госпитальной хирургии КГМИ. 1 июля 1948 года Петр Николаевич защитил докторскую диссертацию в совете КГМИ на тему «Кишечные свищи после огнестрельных ранений». В 1949 году он был избран по конкурсу доцентом кафедры факультетской хирургии. 23 апреля 1951 г. приказом МЗ РСФСР №422-л утвержден в должности главного хирурга МЗ ТАССР. В 1961 году избран заведующим курсом детской хирургии КГМИ.

Петр Николаевич Булатов автор 28 научных работ, секретарь правления Казанского научного хирургического общества, награжден значком «Отличник здравоохранения», медалями «Доблестный труд» и «За победу над Германией».

К 115-ЛЕТИЮ ПРОФЕССОРА ИВАНА ФЕДОРОВИЧА ХАРИТОНОВА

Севастьянов С.И.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель- к.м.н., доц. Рашитов Л.Ф.

Иван Федорович Харитонов родился 7 сентября 1898 года в г. Мензелинск Уфимской губернии в семье крестьянина, занимавшегося мелкой торговлей. В 1917 году он поступил на биологический факультет Казанского Университета. Уже в первом семестре Иван Федорович понял, что профессия лесничего не его удел и перевелся на медицинский факультет. В 1922 году по окончании университета он добровольно работал врачом холерного барака в поселке Пьяный Бор, принимая больных с камских пароходов. С 1925 по 1933 г.г. возглавлял хирургическое отделение Мензелинской народной больницы, одновременно являясь ее заведующим. В 1933 г. Иван Федорович был избран ассистентом факультетской хирургической клиники КГМИ, которую возглавлял профессор А.В. Вишневский, а в 1935 г. был избран заведующим курсом детской хирургии КГМИ. В 1937 году защитил кандидатскую диссертацию на тему «О кровоснабжении симпатической нервной системы человека» и в 1939 году был избран доцентом кафедры детской хирургии. Таким образом, Ивана Федоровича Харитонова можно считать одним из основоположников детской хирургии в Татарстане. В годы Великой Отечественной Войны был ведущим хирургом и урологом госпиталей Казани и поселка Юдино. После окончания войны он вновь возвратился к работе в области детской хирургии, приложив все усилия для образования первого в Казани детского хирургического отделения при клинике Вишневского. Курсом детской хирургии КГМИ Харитонов заведовал до 1961 г., с 1949 по 1951 г. исполнял обязанности заведующего кафедрой топографической анатомии и оперативной хирургии. В 1959 году успешно защитил докторскую диссертацию на тему «Нервно-рефлекторная регуляция моторной функции мочеочечников». С 1961 по 1971 г. заведовал кафедрой факультетской хирургии КГМИ. Иван Федорович автор 61 научной работы, член редакционной коллегии «Казанского медицинского журнала» и журнала «Экспериментальная хирургия». С 1963 по 1974 г. был председателем Общества хирургов Татарии. Удостоен звания заслуженного деятеля науки и заслуженного врача ТАССР, награжден орденом Ленина, орденом «Знак Почета», 6 медалями и 2 значками «Отличник здравоохранения».

ЖИЗНЬ И ИССЛЕДОВАНИЯ Р.КОХА

А. Ш. Якубова

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – к.м.н., доц. Фёдорова Е.Р.

Роберт Кох родился 11 декабря 1843 года в Клаусталь - Целлерфельде третьим из 13 детей в семье горного инженера. В 1862 году окончил гимназию и поступил в Геттингенский университет, где его преподавателями были И. Генле, Г. Мейсенер, К. Гассе. В 1866 году получил медицинский диплом и начал врачебную практику ассистентом в больнице в Раквице. В 1870 году он участвует во франко-прусской войне в качестве врача полевого госпиталя. В 1871 году Кох демобилизовался. В 1872 году он стал уездным санитарным врачом в Вольштейне, в окрестностях которого была распространена сибирская язва. Кох начал изучать бактерии, вызывающие ее, и установил, что единственная причина заболевания - бактерия *Bacillus anthracis*, выделенная им впервые в чистом виде. В 1880 году он стал правительственным советником в Имперском отделении здравоохранения в Берлине. В 1885 году - профессором Берлинского университета и директором Института гигиены. Кох занимался изучением туберкулеза. Сумев подобрать определенные красители, он обнаружил в зараженном материале бактерии в виде слегка изо-

гнутых, сине окрашенных палочек. В 1882 году он объявил, что сумел выделить вызывающую туберкулез бактерию – палочку Коха. В его публикациях о туберкулезе впервые сформулированы критерии этиологической связи инфекционного заболевания с микроорганизмом, до сих пор лежащие в основе медицинской микробиологии. Кох занимался и поисками способов лечения туберкулеза. В 1890 году выделил туберкулин, вызывавший аллергическую реакцию у больных туберкулезом. Туберкулиновая проба стала использоваться в диагностике туберкулеза. В 1905 году за «исследования и открытия, касающиеся лечения туберкулеза» Кох был удостоен Нобелевской премии по физиологии и медицине, в 1906 году - прусского ордена Почета, докторских степеней университетов Гейдельберга и Болоньи. Он был иностранным членом Французской академии наук, Лондонского королевского научного общества, Британской медицинской ассоциации и многих других научных обществ. Скончался Р. Кох в Баден-Бадене от сердечного приступа 27 мая 1910 года. Его открытия внесли неоценимый вклад в развитие здравоохранения, исследований и практических мер в борьбе с инфекционными заболеваниями.

ЖИЗНЬ И НАУЧНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРОФЕССОРА З.Х. КАРИМОВОЙ

Габдрахманова Г.Р.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – к.м.н., доц. Фёдорова Е.Р.

Каримова Зайнаб Хабибулловна родилась в семье крестьянина-бедняка 22.02.1909 г. в деревне Аллагубатово в Башкирии. В 1920 году ее семья переехала в Стерлитамак, где она экстерном закончила среднюю школу и, в 1927 г., поступила на медицинский факультет Казанского университета, который был преобразован в Казанский медицинский институт.

В 1931 г. она с отличием закончила институт и поступила в аспирантуру на кафедру микробиологии. По окончании аспирантуры в 1934 г. была назначена на должность ассистента, в 1944 г. она стала доцентом, а в 1969 г. профессором кафедры. Во время работы Зайнаб Хабибулловна разработала метод выделения возбудителя сифилиса из крови больных во втором периоде сифилиса, занималась получением и использованием бактериофагов, расшифровала этиологическую структуру лептоспирозов в ТАССР, изучала приготовление и использование лекарственных препаратов из прополиса. В 1940 г. она защитила кандидатскую диссертацию «О применении бактериофагов в процессах нагноения в эксперименте на животных», а в 1969 г. докторскую диссертацию «Лептоспирозы в ТАССР». Заведовала кафедрой микробиологии в период с 1943 по 1974 г. с небольшим перерывом.

З.Х.Каримовой было написано 157 научных работ. Под ее руководством было выполнено 3 докторские и 14 кандидатских диссертаций.

Она избиралась в городской Совет депутатов трудящихся, была членом факультетского партийного бюро, руководителем теоретического семинара в сети партийного просвещения, членом ученых советов медицинского, ветеринарного институтов и Казанского научно-исследовательского института Эпидемиологии и микробиологии, членом правления Казанского Филиала Всероссийского общества эпидемиологов и микробиологов.

З.Х.Каримова была награждена орденом «Знак Почета», медалью «За доблестный труд в великой отечественной войне», знаком «Отличник Здравоохранения», Почетной грамотой Президиума Верховного Совета ТАССР.

Зайнаб Хабибулловны не стало 22 сентября 1995 года. Но живы её ученики и последователи, которые помнят и почитают память об талантливом человеке и ученом.

ЖИЗНЬ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРОФЕССОРА М.И. ГРОШИКОВА

Чимба В.А.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - д.м.н., проф. Гиниятуллин И.И., к.м.н., асс. Старцева Е.Ю.

Михаил Иосифович Грошиков родился 20 ноября 1921 г. в семье врача. В 1939 г. в I Московский медицинский институт (ММИ) им. И.М. Сеченова.

В 1953 г. он защитил кандидатскую диссертацию, а в 1966 г. – докторскую на тему «Активный метод лечения хронических периодонтитов». В 1967 г. был утвержден в ученом звании профессора. Профессор М. И. Грошиков с 1965 по 1984 год руководил кафедрой пропедевтики терапевтической стоматологии, выделенной из состава кафедры терапевтической стоматологии ММСИ имени Н. А. Семашко.

Научное направление кафедры определилось как всестороннее изучение пульпита и периодонтита. М.И. Грошиков и его коллеги разработали и совершенствовали методы диагностики, обезболивания, лечения кариеса и его осложнений. Результаты этих исследований отражены в 150 научных работах по актуальным вопросам современной терапевтической стоматологии, в том числе монографиях, учебниках, методических пособиях.

Широко известен метод пломбирования зубов с применением биомицина и фосфат-цемента по Грошикову. С помощью радиоактивных изотопов и опытов на собаках М. И. Грошиков обосновал метод завершущего пломбирования каналов зубов при периодонтитах. Изучая в экспериментах на крысах распределение биомицина в зубах и челюстных костях, М. И. Грошиков использовал полученные данные как обоснование для применения этого антибиотика в клинике для лечения периодонтита.

Большая заслуга М. И. Грошикова и руководимой им кафедры принадлежит разработке новых методов и способов активного вмешательства в течение воспалительного процесса в тканях пародонта. Анализу достигнутых успехов в лечении периодонтита посвящена статья М. И. Грошикова «Этапы развития советской стоматологии в вопросах этиологии, патогенеза и лечения периодонтита (1917-1967)» (1967).

М. И. Грошиков – автор 150 научных работ, в том числе 3 монографии, соавтор 3 учебников и 3 монографий. Под его руководством защищены 2 докторские и 19 кандидатских диссертаций. М. И. Грошиков награжден орденами и медалями Советского Союза.

ПАМЯТИ Г.Д. ОВРУЦКОГО

Захарова О.В.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – к.м.н., асс. Гиляева В.В.

Овруцкий Григорий Давидович родился в Киеве в 1928 году в семье Давида Израэлевича и Марии Лазаревны. В 1945 году окончил среднюю школу и поступил в Киевский Стоматологический институт, где принимал активное участие в научном студенческом обществе и был награжден 2-мя Почетными грамотами. В 1949 после успешного окончания института уезжает в Днепропетровск, где работает врачом Областной стоматологической поликлиники. После расформирования поликлиники его назначили на должность врача-стоматолога детской клинической больницы. Работу совмещал с преподаванием курсов детской стоматологии в Днепропетровской зубоврачебной школе. За профессиональные успехи Днепропетровский Облздравотдел поручил Овруцкому организацию массовой профилактической флюоризации среди детей области. О результатах этой работы он доложил на Всесоюзной стоматологической конференции в Москве (1950).

В 1955 защитил диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по теме «Фтор в профилактике кариеса зубов». С февраля 1957 по январь 1961 работал врачом-консультантом, а впоследствии – заведующим стоматологическим отделением 2 больницы Московского района Киева.

По приказу директора Казанского медицинского института Овруцкий в 1961 году утвержден заведующим кафедрой терапевтической стоматологии. В 1966 он защитил докторскую диссертацию, и через год ему присвоили звание профессора. Плодотворная научная и общественная деятельность Овруцкого Г.Д. неоднократно была отмечена ректоратом института, партийным комитетом, министерством здравоохранения, а в 1970 году — Юбилейной медалью.

Овруцким Г.Д. было опубликовано 277 печатных работ, в том числе 17 монографий и учебных руководств, подготовлено 50 кандидатов и 3 доктора медицинских наук. Профессором и его учениками разрабатывалась проблема взаимосвязи кариеса зубов, его осложнений и болезней пародонта с иммунологическим состоянием организма, что является одним из научных направлений кафедры терапевтической стоматологии, развиваемым и в настоящее время. Результаты исследований и разработки профилактики и лечения основных стоматологических заболеваний рекомендованы для исполнения МЗ СССР и МЗ РСФСР и успешно внедрялись и продолжают внедряться в клиническую практику. Овруцкому Г.Д. присвоено почетное звание «Заслуженный деятель науки ТАССР».

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ЭНДОДОНТИЧЕСКИХ ИНСТРУМЕНТОВ ИЗ НИКЕЛЬ-ТИТАНОВОГО СПЛАВА

Рачинина Е.О.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – к.м.н., асс. Старцева Е.Ю., асс. Березин К.А.

Советские металлурги Г. В. Курдюмов и Л. Г. Хандорсон в 1948 г. предложили сплав, наделенный способностью после значительных пластических деформаций восстанавливать первоначальную форму при нагреве до определенной температуры.

В 1962 году Уильям Бюлер вместе с Фредериком Вангом открыли свойства этого сплава в ходе исследования в военной морской лаборатории. В 1980 г. это изобретение было признано открытием и стало известно как эффект Курдюмова.

Никель-титановый сплав был разработан в начале 90-х годов в лаборатории Naval Ordnance Laboratory и получил название Nitinol. В результате множественных экспериментов, дававших исключительно положительные результаты, для стоматологической практики были предложены вращающиеся никель-титановые инструменты. Благодаря своей высокой гибкости они значительно облегчают один из самых трудных этапов эндодонтического лечения — прохождение, придание формы и очистку искривленных корневых каналов.

В опубликованных на сегодняшний день результатах исследований подчеркивается, что с помощью NiTi файлов можно препарировать искривленные корневые каналы со значительно более полным сохранением их формы. Положительные результаты препарирования повышаются благодаря специальным модификациям дизайна инструментов: особая не режущая самоцентрирующаяся Batt-головка безопасно направляет инструмент по каналу.

Виды:

1. 1-ое поколение производится с помощью нарезки проволоки из никель-титана, инструменты характеризуются безопасным кончиком, плоскими радиальными кромками, прямым углом режущей грани и повышенной конусностью (до 6%). К ним относятся ПроФайлы, ДжиТи Ротари Файлы.

2. 2-ое поколение никель-титановых инструментов было так же изготовлено с помощью нарезки, но отличались более агрессивными режущими способностями, благодаря режущим лезвиям типа К, переменной конусности и полуагрессивному кончику. К ним относятся ФлексМастер, ПроТейпер, РейСи, КЗ.

3.3 поколение инструментов из никель-титана было изготовлено способом закручивания проволоки, в сечении которая имеет вид треугольника, в нагретом состоянии с последующим охлаждением. К ним относятся Т-файлы, Мtwo.

НАУЧНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ АКАДЕМИКА ЮРИЯ МИХАЙЛОВИЧА МАКСИМОВСКОГО

Фаттахова Р.Р., Исмагилов О.Р.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – д.м.н., проф. Гиниятуллин И.И., асс. Березин К.А.

В течение многих лет заведует кафедрой факультетской терапевтической стоматологии Московского государственного медико-стоматологического университета профессор Юрий Михайлович Максимовский.

Научные труды профессора Юрия Михайловича посвящены проблемам основных стоматологических заболеваний — этиологии, патогенезу, профилактике и лечению кариеса зубов, патологии твердых тканей зубов некариозного происхождения, наследственной патологии зубов, воспалительным заболеваниям околозубных тканей. Много внимания в его научной деятельности уделено проблемам обезболивания в практической стоматологии. Юрий Михайлович является автором 385 научных публикаций, автором 6 учебников и монографий. Он является автором 7 изобретений, под его руководством защищено 7 докторских и 82 кандидатских диссертаций. Много внимания Юрий Михайлович уделяет помощи практическому здравоохранению, разрабатывает и внедряет новые методы лечения и профилактики основных стоматологических заболеваний. Им издано более 30 методических разработок для врачей, он награжден нагрудным знаком «Отличник здравоохранения».

Профессор Юрий Михайлович—врач высшей категории, владеет всеми современными методами диагностики и лечения в терапевтической стоматологии, постоянно осуществляет практическую врачебную и консультативную деятельность. В течение 25 лет он — главный специалист по стоматологии Департамента здравоохранения Москвы, председатель комиссии по присвоению врачебных квалификационных категорий стоматологам Москвы. Постоянно совершенствует свои профессиональные знания и технологические приемы в области диагностики и лечения стоматологических заболеваний, неоднократно стажировался за границей. Наряду с научно-педагогической деятельностью и врачебной практикой Юрий Михайлович Максимовский занимался общественной работой, являясь президентом Стоматологической ассоциации Москвы, вице-президентом Стоматологической ассоциации России с момента ее создания. Награжден Стоматологической ассоциацией России орденом «За заслуги перед стоматологией» I степени.

ЖИЗНЕННЫЙ И НАУЧНЫЙ ПУТЬ КОЛЬЦОВОЙ Л.А.

Захарова О. В.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель — к.м.н., асс. Гилязева В.В.**

Кольцова Любовь Александровна родилась в семье служащих в 1921 г. в с. Кляуш Таканышского района Татарской АССР. Окончив среднюю школу, в 1938 году она подала документы в Казанский Государственный университет, но из-за болезни не смогла продолжить учебу, и через год поступила в Казанский Государственный Стоматологический институт. В 1943 г. закончила обучающие курсы по ЛОР-специальности в Москве и до 1946 г. работала врачом-ординатором в ЛОР-отделении эвакогоспиталя, а с 1946 по 1958 – в Новосибирском НИИ травматологии и ортопедии.

В 1956 г. защитила диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на тему «Экспериментальное исследование биологически подготовленного трансплантата».

В 1968 назначена заведующим кафедрой хирургической стоматологии КГМИ. Работа над собой и беспредельное усердие способствовали тому, что она стала высококвалифицированным специалистом и производила технически сложные операции по хирургическому разделу.

В 1970 г. успешно защитила докторскую диссертацию на тему: «О применении химических красителей в челюстно-лицевой хирургии». Долгие годы являлась председателем методической комиссии института, членом правления Казанского общества стоматологов. За доблестный труд награждена Юбилейной медалью, за успешную работу по подготовке врачебных и фармацевтических кадров – значком «Отличник здравоохранения».

Под руководством Кольцовой Л.А. проводились научно-исследовательские работы ассистентами кафедры, практически всеми врачами стоматологической поликлиники и 15 городской клинической больницы. Ею введено в практику амбулаторное лечение неосложненных переломов челюстей, обоснован метод костной пластики биологически подготовленным трансплантатом, предложен новый способ формирования ушных раковин, оперативное лечение слюнных свищей с применением в клинике, разработаны вопросы хирургического лечения больных со злокачественными образованиями челюстно-лицевой области. Ею впервые в СССР применен метод лечения плоских гемангиом, новый краситель для прижизненного окрашивания лимфатической системы, являющийся ценным практическим подспорьем врачам-онкологам. Любовь Александровна — автор более 50 научных работ экспериментального, организационного и клинического характера. Кольцовой Л.А. подготовлено 2 доктора и 7 кандидатов медицинских наук.



**87–Я ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ СТУДЕНТОВ И МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ,
ПОСВЯЩЕННАЯ 155-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ
Л.О. ДАРКШЕВИЧА**

(21-22 марта 2013 г., Казань)

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНЫ ТРУДА

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ВРЕДНОСТИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТОВ

Михеева А. А.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Фатхутдинова Л. М.**

В процессе рабочего процесса на состояние здоровья судебного медика оказывают влияние химические, физические и биологические факторы, значительные физические и нервно-эмоциональные нагрузки, включая риски для здоровья и жизни.

Целью исследования явилось установление влияния рабочего процесса на состояние психического здоровья судебно-медицинских экспертов.

Задачи исследования:

1. Провести гигиеническую оценку существующих условий и характера труда: оценить наличие вредных факторов рабочей среды, дать характеристику факторов трудового процесса и травмобезопасности.
2. Установить степень эмоционального выгорания и уровень невротизации.
3. Проанализировать зависимость степени эмоционального выгорания от пола и возраста.
4. Изучить связь невротизации со степенью эмоционального выгорания.

Материалы и методы: опрошено 15 судебных медиков на базе Республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы различного пола и возраста. Использовались следующие методы: опрос, методика диагностики уровня эмоционального выгорания В.В.Бойко, методика диагностики уровня невротизации Л.И. Вассермана, изучение рабочей смены методом хронометража, изучение состояния производственной среды путем анализа карт аттестации рабочих мест.

Результаты исследования и выводы.

В воздухе рабочей зоны обнаружено превышение предельно допустимой концентрации формальдегида. Установлены недостаточные уровни естественного освещения и горизонтальной освещенности рабочей поверхности от системы общего освещения, превышение допустимых значений коэффициента пульсации в 3 раза. Класс условий труда по травмобезопасности – 3 (опасный). Тяжесть трудового процесса соответствовала классу 1 (оптимальный), напряженность труда – классу 2 (допустимый). Общая оценка условий труда по степени вредности и опасности факторов производственной среды и трудового процесса – 3.3 (вредный третьей степени)

Изучено психологическое состояние судебно-медицинских экспертов и установлена связь между степенью эмоционального выгорания и уровнем невротизации.

При исследовании уровня эмоционального выгорания было установлено, что у более чем половины опрошенных имелись фазы развития стресса в стадии формирования. По мере увеличения стажа работы был отмечен более высокий уровень невротизации.

ВЛИЯНИЕ УГЛЕРОДНЫХ НАНОТРУБОК НА СОСТОЯНИЕ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ РАБОТНИКОВ НАНОПРОИЗВОДСТВ

Николаева Т. В.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководители - д.м.н., проф. Фатхутдинова Л. М., д.м.н., проф. Мустафин И. Г.**

Наибольшая вероятность контакта с углеродными нанотрубками (УНТ) существует у работников, занятых на предприятиях по их производству. Эксперименты на животных показали, что углеродные нанотрубки могут оказывать цитотоксическое, а также фиброгенное действие на организм. Наиболее вероятно, как показывают исследования, воздействие их на дыхательную систему.

С целью изучения влияния УНТ на верхние дыхательные пути, был разработан протокол проведения назального лаважа с последующим сбором и изучением цитокинового профиля лаважной жидкости. Наличие цитокинов в назальном лаваже может свидетельствовать о воспалении в верхних дыхательных путях и служить одним из доказательств негативного воздействия техногенных наночастиц на верхние отделы респираторного тракта. Исследования проведены на двух производствах («Таунит-МД», г.Тамбов) назальный лаваж проведен у 8 работников основной группы и 9 работников контрольной группы. На втором предприятии по производству однослойных углеродных нанотрубок (г.Черноголовка) назальный лаваж выполнен у 3 работников основной группы и 5 работников контрольной группы. Методом проточной цитофлуометрии с применением диагностической панели (Bender MedSystems, ЗАО «БиоХимМак») изучено содержание провоспалительных цитокинов в центрифугате лаважной жидкости с последующим сравнением основной и контрольной групп.

С целью изучения влияния УНТ на нижние дыхательные пути был применен метод индуцированной мокроты на двух предприятиях по их производству («Таунит-МД», г.Тамбов, Владимирский государственный университет). В ходе исследования методом индуцированной мокроты у 19 испытуемых были отобраны образцы мокроты. Для контроля функций внешнего дыхания параллельно сбору мокроты проводилась спирометрия. По данным спирометрии показатели функций внешнего дыхания как у опытной группы (8 человек), так и контрольной группы (11 человек) находились в пределах нормы. Объем и качество полученных образцов индуцированной мокроты позволили использовать их для дальнейшего исследования. Проведены сравнения образцов индуцированной мокроты опытной и контрольных групп. Имеются различия в клеточном составе образцов мокроты, а также в цитокиновом профиле.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ РАК У РАБОТНИКОВ ЛИТЕЙНЫХ ПРОИЗВОДСТВ: МЕТА-АНАЛИЗ

Бережнова В. В.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., доц. Мазитова Н.Н.**

В значительном количестве научных исследований убедительно показан канцерогенный эффект комплекса факторов производственной среды металлургического производства. Однако имеющиеся научные данные носят противоречивый харак-

тер: значения добавочной доли популяционного риска для рака легких колеблются от 6,3 до 24% (K. Steenland, 2003; Nurminen M.et al., 2001).

Целью настоящего исследования явился мета-анализ исследований, посвященных влиянию профессиональных факторов на развитие злокачественных новообразований (ЗН) у работников литейного производства.

Методы исследования. Поиск и обобщение информации проводились по ключевым словам: «профессиональный рак, литейное производство» («occupational cancer, foundry») в базе данных Medline через интерфейс системы PubMed NLM (www.pubmed.com). Включали исследования, проведенные после 1993 г., посвященные анализу распространенности злокачественных новообразований у работающих на литейных производствах. Исключали исследования, в которых не проводились расчеты стандартизованных показателей заболеваемости и/или смертности (standardized incidence ratio, SIR; standardized mortality ratio, SMR).

Полученные результаты. Найдено 116 статей, из которых заявленным требованиям удовлетворяли 25 работ зарубежных авторов, в том числе 3 продольных исследования, 15 когортных и 7 исследований «случай-контроль». Средняя длительность наблюдения составила 31,2 лет при общем количестве участников исследования более 250 000 работников. Максимальное значение SIR и SMR показано для рака легких: 1,69 (95% ДИ 1,01-2,37) и 1,68 (95% ДИ 1,25-2,11) соответственно. Также показан высокий риск развития рака желудка: SMR 1,43 (95% ДИ 1,30-1,66).

Заключение. Результаты мета-анализа свидетельствуют о необходимости проведения дальнейших исследований локализации злокачественных новообразований у работников металлургических производств для разработки мер ранней диагностики и адресной профилактики.

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ОБУСЛОВЛЕННОСТЬ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ОПЫТ ПОПЕРЕЧНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Ильина О. А.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – д.м.н., доц. Мазитова Н.Н.

По прогнозам Европейского респираторного общества, хронические заболевания органов дыхания (ОД) станут главными болезнями будущих десятилетий (European Respiratory roadmap, 2011). Однако имеет место существенная гиподиагностика профессиональной респираторной патологии во многих субъектах Российской Федерации, в т.ч. Республике Татарстан.

Целью настоящего исследования явилась оценка производственной обусловленности хронических респираторных заболеваний у работающих взрослых, проживающих в г. Казани.

Методы исследования. Проведен анализ 100 медицинских карт амбулаторного больного по 75 признакам, включавшим сведения о характере занятости, жалобах, данным клинических исследований и др. Все пациенты состояли на диспансерном учете у терапевта в одной из поликлиник г. Казани по поводу хронических респираторных заболеваний.

Полученные результаты. 23 из 100 пациентов не работали вследствие выхода на пенсию, 19 являлись студентами высших учебных заведений. Таким образом, дальнейший анализ проводился для 58 пациентов, 50 из которых страдали бронхиальной астмой, прочие состояли на учете с диагнозом «Хроническая обструктивная болезнь легких» (ХОБЛ). Вид занятости был указан 33 картах пациентов трудоспособного возраста, в т.ч. у 7 из них (21%), исходя из наименования предприятия и профессии, имелся контакт с раздражающими и/или сенсибилизирующими веществами на рабочем месте (два электросварщика, аппаратчик химического производства, плотник, слесарь-автоматчик, медицинская сестра, библиотекарь). При этом у 4 пациентов была диагностирована бронхиальная астма, у 3 – хроническая обструктивная болезнь легких. Ни один из пациентов не направлялся на консультацию к профпатологу.

Заключение. Полученные результаты соответствуют данным последнего обзора Американского торакального общества (2011) о бремени профессиональной астмы и ХОБЛ, которое составляет около 20%. По итогам проведенного исследования становится очевидной недостаточная профпатологическая настороженность врачей медицинских организаций оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДВУХ РАЗЛИЧНЫХ АЛГОРИТМОВ ОПИСАНИЯ РЕНТГЕНОГРАММ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У РАБОТНИКОВ ПЫЛЕВЫХ ПРОФЕССИЙ

Мударисова Р.Р.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – д.м.н., доц. Мазитова Н.Н.

В Российской Федерации на протяжении многих десятилетий пневмокониозы по распространенности и тяжести клинических проявлений занимают одно из ведущих мест среди профессиональных заболеваний (Измеров Н.Ф. 2001; Малютина Н.Н., 2004; Любченко П.Н., 2004). Несмотря на систематически проводимые и законодательно регламентированные периодические медицинские осмотры рабочих вредных условий труда, раннее выявление профессиональных пневмофиброзов остается серьезной диагностической проблемой (Любченко П.П. и соавт., 2004). Количество профессиональных респираторных заболеваний, диагностируемых в Российской Федерации, существенно ниже аналогичных показателей в странах Европейского союза, что может быть связано с использованием устаревших диагностических подходов и недостаточной интеграцией отечественных профпатологов в международное сообщество специалистов, занимающихся проблемами медицины труда.

Целью настоящего исследования явился сравнительный анализ двух различных алгоритмов описания рентгенограмм органов грудной клетки у работников пылевых профессий и оценка клинической ценности классификации МОТ (пересмотр 2011).

Методы исследования. Проведена оценка обзорных рентгенограмм органов грудной клетки 246 работников металлургического производства с использованием критериев Международной рентгенологической классификации пневмокониозов МОТ (пересмотр 2011 г.) и рутинным способом. Проведено сравнение результатов работы, выполненной двумя указанными методами.

Полученные результаты. При проведении описания рентгенограмм рутинным методом случаи подозрений на профессиональные интерстициальные заболевания легких (ИЗЛ) не были выявлены. При использовании алгоритма МОТ, позволяющего поэтапно определить категорию качества снимка, наличие и форму паренхиматозных и плевральных изменений, диагностирован 31 случай подозрения на пневмокониоз, в т.ч. 2 случая кониотуберкулеза и 1 узелковый силикоз.

Заключение. Показано убедительное преимущество алгоритма МОТ перед рутинным описанием рентгенограммы при диагностике профессиональных ИЗЛ. Очевидно, что в настоящее время требуются новые парадигмы мышления для диагностики пылевых заболеваний легких.

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА РЕНТГЕНОГРАФИИ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У РАБОТНИКОВ ЛИТЕЙНОГО ПРОИЗВОДСТВА

Шолина Н.В.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., доц. Мазитова Н.Н.**

Одной из наиболее серьезных проблем отечественной медицины труда в настоящее время является низкий уровень профессиональной заболеваемости, не соответствующий состоянию условий труда в Российской Федерации. В условиях очевидной гиподиагностики профессиональных заболеваний представляется необходимой гармонизация диагностических и экспертных подходов с существующими международными протоколами, в особенности для профессиональных заболеваний, оказывающих наибольшее влияние на трудоспособность работающего населения.

Целью настоящего исследования явилось обоснование применения международных критериев качества обзорной рентгенографии органов грудной клетки (ОГК) при проведении периодических медицинских осмотров (ПМО) работников пылевых профессий.

Методы исследования. Проведена оценка качества 110 обзорных рентгенограмм ОГК работников Литейного завода ОАО «КАМАЗ», сделанных в ходе ПМО. Критерии качества приняты в соответствии с рентгенологической классификацией пневмокозиозов Международной организации труда (МОТ; пересмотр 2011 г.). Рентгенограммы оценивались тремя исследователями независимо друг от друга, готовые результаты объединяли. Категории качества рентгенограмм были приняты на основании 7 критериев (жесткость/мягкость снимка, наличие артефактов, установка больного, контрастность, качество проявки, полнота вдоха и зернистость пленки), в соответствии со стандартным алгоритмом МОТ.

Полученные результаты. Из 110 рентгенограмм к первой категории качества (без технических дефектов) были отнесены 45 снимков (40,9%), ко второй – 27 снимков (24,5%), к третьей – 16 снимков – 14,5%, к четвертой – 22 снимка (20%). Таким образом, не подлежали описанию на предмет наличия/отсутствия профессиональных ИЗЛ 20% снимков. Наиболее часто встречающимися дефектами были проведение снимка на полном выдохе (22 снимка) и артефакты (17 снимков).

Заключение. Представляется необходимым повышение техники рентгенографии при проведении периодических медицинских осмотров, поскольку сроки диагностики профессиональных интерстициальных заболеваний легких на догоспитальном этапе определяются, в первую очередь, качеством рентгеновского исследования.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЖЕНЩИН-МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПО ДАННЫМ ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ

Галиева И.Р.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., асс. Гарипова Р.В.**

В настоящее время приоритетным является проблема охраны и укрепления здоровья работающего населения, прежде всего женщин, с целью сохранения трудового потенциала и создания условий для экономического развития страны.

Целью работы было изучение состояния здоровья женщин-медицинских работников по данным периодических медицинских осмотров.

В осмотре приняли участие профпатолог, невролог, дерматолог, хирург, гинеколог. Были проведены обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, определение сахара в крови по показаниям, электрокардиография, исследование функции внешнего дыхания, исследование глазного дна, внутриглазная тонометрия, цитологическое и бактериологическое исследование.

Всего осмотрено 195 женщин. В структуре выявленных заболеваний на первом месте оказались болезни женской половой сферы (29,2%). Заболеваемость воспалительными заболеваниями женских тазовых органов занимала лидирующее положение среди хронической патологии гениталий. В эту группу болезней входят кольпиты (N76.1), воспалительные болезни шейки матки (N72), сальпингиты и оофориты (N70.1). Частота воспалительных болезней составила 73,7% среди всех диагностированных гинекологических заболеваний.

Были рассчитаны величины отношения шансов, относительного риска и этиологической доли с оценкой степени связи с работой. В качестве сравнения были приняты показатели заболеваемости населения РТ.

Величина отношения шансов диагностики сальпингита и оофорита среди врачей составила $OR = 5,07$, (95% доверительный интервал (ДИ) 2,47-10,43, $p < 0,001$), величина относительного риска составила $RR = 4,89$ (95% ДИ 2,42-9,89; $p < 0,001$), при величине этиологической доли $EF = 79,54\%$, что свидетельствует о высокой степени профессиональной обусловленности данной патологии. Среди медицинских сестер: отношение шансов $OR = 8,16$, (95% ДИ 5,74-11,59, $p < 0,001$), величина относительного риска $RR = 7,65$ (95% ДИ 5,44-10,75; $p < 0,001$), величина этиологической доли $EF = 86,92\%$, что свидетельствует о почти полной степени профессиональной обусловленности данной патологии.

Проведенный анализ свидетельствует о необходимости оздоровления сотрудников. Так как из общего числа сотрудников большая часть женщин (63,6%) находится в репродуктивном возрасте, это требует особого внимания в отношении охраны их труда и здоровья.

ОЦЕНКА УСЛОВИЙ ТРУДА НА ПРЕДПРИЯТИЯХ СВЯЗИ И ТРАНСПОРТА

Шакрамова Л.И., Давлетханова Л.И.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., ст. преп. Русин М.Н.**

Сохранение здоровья трудоспособного населения является важной гигиенической задачей медицины труда.

Цель настоящего исследования состояла в анализе условий труда и состояния здоровья работников, выполняющих производственную деятельность на предприятиях транспорта и связи.

Материалом исследования являлись данные Государственного доклада «О санитарно-эпидемиологической обстановке в Республике Татарстан в 2011 году».

В результате исследования выявлено, что на предприятиях транспорта и связи работники подвергаются повышенным уровням вибрации (5,1% - удельный вес работников среди пяти ведущих отраслей экономики РТ). Кроме того, на анализируемых предприятиях отмечены повышенные уровни шума, а также запыленности и загазованности. Не выявлено высоких уровней электромагнитных полей, хотя предприятия связи представляют потенциальную опасность для работников с точки зрения производственного воздействия ЭМП.

Анализ данных профессиональной заболеваемости показал, что по разделам экономической деятельности третье ранговое место занимает раздел «Транспорт и связь» - 1,18 на 10000 работников. При этом на период с 2007 по 2011 год наблюдается рост в 3,1 раза количества профессиональных заболеваний (2007 год - 0,29%, 2011 год - 1,18%).

Положительным моментом на предприятиях транспорта и связи является высокий охват аттестацией рабочих мест организаций (79,4%).

Таким образом, выявлены негативные моменты в ухудшении состояния здоровья и повышение уровней профессиональной заболеваемости работников, выполняющих производственную деятельность на предприятиях транспорта и связи. Представляется более правильным при анализе условий труда и заболеваемости работников раздельно оценивать предприятия транспорта и связи, что, в частности, позволит более корректно оценить электромагнитный и виброакустические факторы.

ВЛИЯНИЕ СОЧЕТАННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ КУРЕНИЯ И ВРЕДНЫХ ХИМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ РАБОЧИХ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРОИЗВОДСТВ

Ганеева Э. И.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., ст. преп. Краснощекова В.Н.**

Цель: изучение риска развития заболеваний, связанных с курением у рабочих промышленных производств.

Актуальность: в последние годы большую озабоченность вызывает все увеличивающийся вред, который наносит курение здоровью рабочих, поскольку в этих случаях речь может идти о сочетании влияния курения и профессиональных заболеваний.

Материалы и методы: проанализированы результаты научно-исследовательских работ сотрудников кафедры медицины труда. Данные по распространенности вредной привычки в передовых индустриальных странах. Сведения об эффективности проведения ряда мероприятий по борьбе с курением.

Результаты: выявлено непосредственное влияние курения на здоровье рабочих промышленных производств. Особенно велик риск в тех областях промышленности, где рабочий экспонируется к газам, пыли, дыму, жидкостям и другим токсическим факторам. Табачный дым содержит те же химические вещества, которые рассматриваются как токсичные на рабочем месте. К их числу относят, например, цианистый водород и оксид углерода. Экспозиция к угольной пыли, хлопковой пыли, хлору, облучению, действуя совместно с табачным дымом, вызывает повреждения легких. Наиболее распространенными у работников химической промышленности были заболевания верхних дыхательных путей: хронические риниты (39,8%), фарингиты (20,3%), ларингиты (10,1%), тонзиллиты (8,9%). Частыми жалобами, характеризующими состояние носоглотки, были жалобы на затрудненное носовое дыхание, першение, сухость и боли в глотке, сухой кашель. В ряде случаев обследованные рабочие не отмечали неприятных ощущений, в то время как при осмотре у них выявлялись патологические изменения слизистой оболочки носоглотки гортани. Последнее обстоятельство больше касалось курильщиков. Так же при развитии хронической обструктивной болезни легких раздражающий эффект на рецепторы слизистой оболочки бронхов оказывает воздействие табачного дыма и токсических газов.

Вывод: Значение профилактических мероприятий для борьбы с курением в производственных коллективах особенно актуально, так как эта вредная привычка является фактором риска для нарушения состояния здоровья при сочетании воздействия в вредных производственных факторами.

ЗНАЧЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ БОРЬБЫ С КУРЕНИЕМ ДЛЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН

Сейдалиев И.С.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., ст. преп. Краснощекова В.Н.**

Цель исследования. По источникам литературы выявить распространенность вредной привычки «курение» среди женщин фертильного возраста, особенно в период беременности и изучить эффективность применяемых методов профилактики.

Материалы исследования. Проанализированы сведения 63 источников отечественной и зарубежной научной литературы. Данные по распространенности вредной привычки в передовых индустриальных странах. Сведения об эффективности проведения ряда мероприятий по борьбе с курением.

Результаты исследований. Наиболее высокий процент курящих женщин репродуктивного возраста на момент беременности зарегистрирован в США 52-55%; в Великобритании-43%; в Австралии-40%. В РФ общее число курящих женщин- 21,7% (13,3 млн), из них 62,1% в возрасте 19-24 лет.

Так как в процессе сгорания образуется дым, содержащий более 4000 веществ, которые относятся к высокотоксичным, раздражающим, канцерогенным и влияющим на репродуктивную функцию, а никотин, только в небольших количествах положительно стимулирует центральную нервную систему, очевидно отрицательное влияние курения на здоровье женщин и течение беременности.

По значимости и частоте осложнений беременности у курящих женщин установлены следующие негативные последствия: риск развития преэклампсии, спонтанных аборт, снижение массы тела новорожденных, повышение перинатальной смертности, риск врожденных физических недостатков и нарушений, отдаленные последствия после родов - недостаточность грудного молока.

Наиболее эффективными мероприятиями по предупреждению влияния табачного дыма являются: запрет курения в закрытых общественных местах, запрет курения на рабочих местах, который одновременно обеспечивает и безопасные условия

труда; запрет на табачную рекламу; санитарно-просветительная работа о вредном воздействии табака, поскольку большинство людей не осознают, что минимальный уровень потребления является опасным для здоровья.

Выводы. Для эффективного воздействия на формирование ЗОЖ населения и в том числе женщин детородного возраста необходимо организовывать социальные мероприятия по пропаганде вреда курения и защите права всех трудящихся дышать воздухом, свободным от табачного дыма. Обсудить с населением проект законодательства о запрете курения на рабочих и в общественных местах, включая жесткие штрафы за нарушение

НЕКОТОРЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Яванова А.В.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., проф. Фатхутдинова Л.М.**

Учитель - один из самых важных людей на пути становления личности человека, тот, кто учит нас не только обязательному материалу по заданной государством программе, но, что важнее, размышлять. На нем лежит огромный груз ответственности за нас, нашу адаптацию к взрослой жизни, наши взгляды и суждения. Тем не менее, в настоящее время недостаточно изучены условия труда преподавателей, а это необходимо, чтобы предотвратить заболевания, связанные с профессией, создать оптимальные условия для их работы, что, в свою очередь, будет благоприятно влиять на обучение и развитие последующих поколений граждан нашей страны.

Целью данного исследования стало изучение психологических особенностей преподавателей общеобразовательных учреждений. В исследование было включено 80 преподавателей общеобразовательных учреждений в возрасте от 25 до 60 лет. В качестве метода исследования использован тест СМОЛ (Сокращенный Многофакторный Опросник для исследования Личности).

По результатам проведенного исследования по тесту СМОЛ нами были получены следующие результаты: значения по шкалам L и F находятся в условиях нормированного разброса, что позволяет говорить о достоверности данного исследования. Выявляются такие черты, как эмоциональная лабильность, тревожность (шкала 7), пессимистичность (шкала 2), осторожность, недоверчивость (шкала 6), социальная ориентированность в обществе (шкала 4), нервозность (шкала 3). Установлена связь между степенью эмоционального выгорания и степенью невротизации. Чем больше стаж, тем более выражены вышеуказанные черты.

ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАУЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ Г.Ю.МАНСУРОВА В КАЧЕСТВЕ ЗАВЕДУЮЩЕГО КАФЕДРОЙ ГИГИЕНЫ ТРУДА

Махмутова Г.Р.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., ст. преп. Русин М.Н.**

Изучение научной деятельности Г.Ю. Мансурова является актуальным и значимым с точки зрения сохранения «связи времен» и понимания становления «казанской» гигиенической школы. Габидулла Юсупович Мансуров (1892 – 1965 г.) родился в поселке Воткинск Сарапульского уезда. Получил первоначальное образование в г.Казани, прошел гражданскую войну в рядах Красной армии и в 1932 году был принят на кафедру гигиены труда в качестве ассистента. После ареста и расстрела С.М.Шварца в 1937 году Г.Ю.Мансуров был назначен на должность исполняющего обязанности заведующего кафедрой гигиены труда, а в 1939 году был также репрессирован.

За недолгий научный период Г.Ю.Мансуров опубликовал 14 научных работ, среди которых выделялись «Режим труда и отдыха доярок молочно-животноводческих совхозов и молочно-товарных ферм»(1936); «Рационализация подмывания вымени коров»(1936); «Пастбищный стан и его организация» (1936); «Изменения скорости кровотока малого круга кровообращения при анафилактическом шоке у кроликов»(1939); «Изменения скорости кровотока малого круга кровообращения и изменение температуры подкожной клетчатки при ингаляционном отравлении кроликов окислами азота»(1939).

Как видно из названия работ кафедра гигиены труда активно изучала самые насущные аспекты своего времени – режимы труда и отдыха на молочно-товарных фермах и влияние внедряемых в промышленность химических веществ. И до сих пор изучение физиологии труда работников современных производств является приоритетным научным направлением кафедры гигиены, медицины труда. Достаточно сказать, что в этой области активно работают академик РАМН, профессор Н.Х.Амиров, старший преподаватель к.м.н. В.Н.Краснощекова, профессор Л.М.Фатхутдинова.

Таким образом, в современной научной деятельности кафедры гигиены, медицины труда продолжают развиваться идеи и мысли, заложенные нашими предшественниками.

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

ИНДУКЦИЯ РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С РУБЦОМ НА МАТКЕ

Валиуллина А.Н., Хасанова Э.А.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Габидуллина Р.И.**

Цель: Определение приемлемости и эффективности применения интрацервикального геля простагландина E2 («Препадил-гель») в подготовке родовых путей и родовозбуждении у беременных с рубцом на матке после кесарева сечения, желающих завершить беременность родами через естественные родовые пути.

Материалы и методы: В исследование были включены 28 беременных с рубцом на матке на сроках беременности 39-41 неделя. Средний возраст женщин составил 28,35±3,55 лет. Интервал между кесаревым сечением и повторными родами составил от 2 до 8 лет. Критериями отбора беременных на влагалищные роды явились клиническая и эхографическая состоятель-

ность рубца на матке, добровольное информированное согласие пациентки. Четыре женщины имели в анамнезе роды через естественные родовые пути. Зрелость шейки матки определялась по шкале Bishop: недостаточно зрелая наблюдалась у 16 пациенток, что составило 57,1%, зрелая - у 12 пациенток (42,9%).

Результаты: В результате исследований было выявлено, что регулярная родовая деятельность у беременных с рубцом на матке, имевших в анамнезе роды через естественные родовые пути, развилась через 33+5 минут после введения препарата. У беременных, имевших в анамнезе только абдоминальное родоразрешение - 5 часов \pm 23 минуты. Длительность родов составила в среднем 7 часов+25 минут. Раннее излитие околоплодных вод наблюдалось у 11 пациенток (39,3%), своевременное - у 8 (28,6%). Амниотомия при плоском плодном пузыре произведена у 8 (28,6%). Первичная слабость родовой деятельности развилась у 6 рожениц (21,4%), что явилось показанием для родостимуляции окситоцином. У 2 женщин, у которых медикаментозная терапия слабости родовой деятельности оказалась неэффективной, родоразрешение было произведено путем экстренной операции кесарева сечения. Средняя масса новорожденных составила 3599,65 \pm 385г., оценка по шкале Апгар 8 \pm 0,5 баллов. Динамическое наблюдение за состоянием рубца на матке не выявило признаков несостоятельности.

Выводы: Проведенные исследования показали возможность применения интрацервикального геля простагландина E2 в подготовке родовых путей и родовозбуждении у беременных на доношенных сроках с состоятельным рубцом на матке без повышения риска разрыва матки по рубцу.

НОВЫЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ГЕСТОЗА БЕРЕМЕННЫХ

Котлова Е.В., Белоглазова О.Ю.
Мордовский государственный университет
Руководитель - д.м.н., проф. Власов А.П.

Целью работы явилось определение роли нарушений структурно-функционального состояния гемоглобина в прогрессировании гестоза.

Методы исследования. Основой работы явились клиничко-лабораторные исследования, проводимые у 54 беременных с гестозом (срок гестации 32–36 недели), разделенных на три группы по степени тяжести гестоза. Оценка степени тяжести гестоза при поступлении в стационар проводилась при помощи шкалы Г.М. Савельевой (2001). Беременным выполняли общеклинические, биохимические исследования, а также методы функциональной диагностики. Изучение структурно-функционального состояния гемоглобина проведено с помощью РАМАН-спектроскопии.

Результаты исследования. Проведенные исследования позволили изучить роль нарушений структурно-функционального состояния гемоглобина в прогрессировании гестоза у беременных с использованием метода РАМАН-спектроскопии. Установлено, что у беременных с гестозом отмечаются существенные изменения структурно-функционального состояния гемоглобина, проявляющиеся в виде увеличения относительного количества оксигемоглобина в эритроцитах на 13-23% ($p < 0,05$), уменьшения относительной способности гемоглобина связывать лиганды с увеличением степени тяжести гестоза (у беременных первой группы (легкая степень) он составил 0,52 \pm 0,03, второй группы (средняя степень) - 0,43 \pm 0,03, у пациенток третьей группы (тяжелый гестоз) - 0,34 \pm 0,04), роста относительной способности гемоглобина выделять лиганды, снижения сродства гемоглобина к лигандам на 19-36% ($p < 0,05$), повышения уровня колебания метиновых мостиков гемоглобина на 17-58% ($p < 0,05$). Показано, что изменения показателей структурно-функционального состояния гемоглобина сопряжены с тяжестью гестоза. Особенно четкая динамика прослежена по отношению таких показателей, как сродство гемоглобина к лигандам и колебания метиновых мостиков гемоглобина. Выявленные изменения структурно-функционального состояния гемоглобина являются отягощающим фактором не только для беременной женщины, но и плода.

Заключение. У беременных с гестозом отмечаются существенные изменения структурно-функционального состояния гемоглобина, которые сопряжены с тяжестью гестоза и являются отягощающим фактором не только для беременной женщины, но и плода.

ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ АДНЕКСИТОВ

Шарифуллина Д.Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Габидуллина Р.И.

Цель: определение влияния индивидуально дозированной низкоинтенсивной лазеротерапии на клинические, ультразвуковые симптомы хронических воспалительных заболеваний придатков матки у женщин.

Материал и методы: В исследовании участвовали 100 женщин в возрасте от 19 до 43 лет с хроническими воспалительными заболеваниями придатков матки. Основная группа-50 женщин, с применением индивидуально дозированной сканирующей эндовагинальной лазерной терапии аппаратом «АГИН-01». Контрольная группа-50 женщин с традиционным лечением лазерами с помощью аппаратов «УЛФ-01» и «Луч-200». До начала лечения пациентки обеих групп имели сходные клинические характеристики и частоту эхографических признаков хронического воспалительного процесса женских половых органов. Ведущей жалобой являлась боль в нижних отделах живота у 74% больных. Жалобы на изменение менструального цикла предьявляли 37% женщин. Бесплодие выявлено у 27 больных, причем вторичное у 70,4%. Методы исследования: общеклинические, лабораторные, эхографические, эндоскопические, статистические.

Результаты: В результате лечения в основной группе интенсивность болевого синдрома уменьшилась в 1,9 раза. К концу лечения боли были полностью купированы у 48 (96,0 %) пациенток основной группы. Высокая терапевтическая эффективность индивидуально дозированной ЛТ аппаратом «АГИН-01» по сравнению с традиционными схемами лазеротерапии проявилась в восстановлении проходимости маточных труб по данным соноконрастной гистеросальпингоскопии в 2 раза чаще, а опорожнении гидросальпинксов - в 3,5 раза эффективнее. Ближайшие и отдаленные результаты лечения показали, что индивидуально дозированная лазерная терапия не вызывает каких либо побочных реакций и осложнений. Подтвердилось прекращение обострений у 84% больных и достоверное удлинение периода ремиссии в 1,8 раза, также наступление беременности почти в 2 раза чаще, чем у пациенток контрольной группы.

Заключение. Таким образом, доказана высокая эффективность индивидуально дозированной лазерной терапии хронических воспалительных заболеваний придатков матки. Наблюдалось купирование болевого синдрома и уменьшение признаков воспалительного процесса в области придатков. Благодаря индивидуально дозированной лазерной терапии аппаратом «АГИН-01» хорошо переносилась больными, не вызвала утомления или других побочных эффектов.

АНАЛИЗ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ОЦЕНКОЙ ПРОСТРАНСТВЕННОЙ ДИНАМИКИ ТРОМБООБРАЗОВАНИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ СИСТЕМНЫМ АУТОИММУННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ.

Зейналова Н.З., Сабирова Д.Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., асс. Яковлев Н. В.

Актуальность. Тромбогеморрагические осложнения беременности и родов продолжают оставаться одной из основных причин материнской смертности. Кроме того, происходит увеличение частоты производства кесарева сечения. Несмотря на то, что рандомизированные, контролируемые исследования показали высочайшую эффективность в снижении количества случаев венозной тромбоэмболии после общехирургических и гинекологических операций, при операции кесарево сечение подобных исследований не проводилось. Уникальность метода пространственной динамики заключается в высокой чувствительности к гиперкоагуляционным состояниям, в максимальном приближении аналитической системы к условиям *in vivo*. Он дает информацию недоступную гомогенным методам: скорость роста, размер сгустка, образование спонтанных сгустков.

Цель. Освоение методики постановки теста пространственного роста фибринового сгустка у пациенток акушерского профиля.

Задачи. Оценить состояние системы свертывания у беременной с заведомыми нарушениями гемостаза, проконтролировать адекватность проводимой терапии и дать рекомендации по дальнейшей тактике ведения.

Основная часть. Пациентка Н., находилась на стационарном лечении в Перинатальном центре РКБ МЗ РТ с 25.09.2012 по 16.11.2012. Диагноз: Беременность 33 недели, роды 3 преждевременные. Системная красная волчанка. Гепатит в стадии разрешения на фоне вторичного АФЛС. Рубец на матке. ОАА. Анемия 2 степени. Смешанное ножное предлежание плода. Кесарево сечение по Дерфлеру.

В связи с развившимся гиперкоагуляционным синдромом вследствие системного васкулита и массивного повреждения эндотелия, в течении всей беременности проводилась антикоагуляционная терапия гепарином. При контрольном проведении забора крови по специально предложенной методике произведена оценка пространственного роста сгустка.

При анализе получены следующие данные:

Задержка роста сгустка, 12.4мин; Начальная скорость роста сгустка 14мкм/мин; Стационарная скорость роста сгустка 8мкм/мин; Размер сгустка на 30 мин 215,67мкм; Плотность сгустка 34833 усл.ед.

Выводы. При проведении сравнительной оценки стандартных тестов показателей гемостаза и оценки тромбодинамики выявлено совпадение результатов, подтверждающих гипокоагуляционное состояние, что адекватно гармонизировало с проведением гепаринотерапии и демонстрировало минимальный риск развития тромботических осложнений. Проведенное абдоминальное родоразрешение прошло без развития тромбогеморрагических осложнений.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ В КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ЭНДОМЕТРИОЗА

Мосеева М.Н.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Еремкина В.И.

Эндометриоз это мультифакторное, дисгормональное, иммунозависимое и генетически детерминированное заболевание, характеризующееся присутствием эктопического эндометрия с признаками клеточной активности и его разрастанием.

По данным статистики, в мире насчитывается 1761687000 женщин в возрасте от 15 до 49 лет, из них 176 млн больны эндометриозом. Таким образом, 1 из 10 женщин, страдает данным заболеванием. В последние годы отмечается четкая тенденция к возрастанию частоты эндометриоза, который занимает одно из лидирующих мест в структуре гинекологических заболеваний. Поэтому в настоящее время актуальным является вопрос лечения эндометриоза и ведение пациенток с этим грозным диагнозом.

Целью исследования была демонстрация перспективности применения диеногеста в лечении эндометриоза у женщин

В 2011г. в России зарегистрирован новый препарат для лечения эндометриоза, содержащий 2 мг диеногеста - Визанна®.

Диеногест – новый представитель группы гестагенов, антипролиферативные и клинические эффекты которого при эндометриозе сопоставимы с действием даназола и агонистов ГнРГ. Это прогестин для перорального применения при лечении эндометриоза, он обладает благоприятным фармакологическим профилем безопасности в отношении экстрагенитальных эффектов и выраженным периферическим эффектом в отношении подавления функции яичников. Надежный антиовуляторный эффект обеспечивается в дозе 2 мг/сут за счет апоптоза гранулезных клеток доминантного фолликула, при этом слабо ингибируется уровень фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов и умеренно снижается образование E2.

Результаты: Было показано что снижение болевого синдрома по ВАШ на фоне приема диеногеста 2 мг было достоверно более выраженным по сравнению с таковыми при применении плацебо (через 4 недели $p < 0,0016$, а через 8 и 12 недель $p < 0,0001$). При лапароскопическом исследовании после применения диеногеста у 28% женщин явления эндометриоза не были обнаружены.

Эндометриоз это хроническое заболевание, требующее пожизненного лечения. Результаты исследования позволяют сказать, что Визанну® можно считать высокоэффективным средством при лечении эндометриоза, следовательно, данное лекарственное средство может выступать как препарат первой линии консервативной терапии.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОМЕТРИОЗА ПРЕПАРАТОМ ВИЗАННА

Мосеева М.Н.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Еремкина В.И.

Каждая 10 женщина репродуктивного возраста страдает эндометриозом. И проблема эндометриоза приобретает все большую актуальность в связи с омоложением этого заболевания.

Цель исследования: разработка и анализ индивидуальной терапевтической схемы в зависимости от формы и симптомов для снижения боли, уменьшения размеров и количества очагов эндометриоза, сохранение и возобновления репродуктивной функции, профилактики рецидивов и повышения качества жизни пациенток.

В исследовании взята группа женщин (25) с подтвержденными диагнозами аденомиоз и эндометриоз яичников. Средний возраст пациенток составил $32,4 \pm 8,5$ года. Преобладающим симптомом были обильные и длительные менструации у 48%, скудные темно-коричневые выделения до или после менструации у 12%, болезненные менструации у 32%, диспареуния у 8%. Среди 80% пациенток репродуктивного возраста выявлено бесплодие у 16%: первичное у 12% и вторичное у 4%. Длительность заболевания составляло в среднем $2,5 \pm 1,5$ года. Лечение проводилось как комбинированное (оперативное и консервативное), так и исключительно консервативное. У пациенток с диагнозом эндометриоз яичников после трехмесячного курса препаратом Визанна у 28% выявлена положительная динамика: у 16% женщин уменьшились клинические проявления заболевания, у 12% появились улучшения по данным УЗИ ОМТ (уменьшение размера кист на 43%). После шестимесячного курса лечения положительная динамика наблюдалась еще у 32%: уменьшение клинических проявлений у 20%, у 12% отмечены улучшения по данным УЗИ (уменьшение размеров кист на 52%). У 28% после шестимесячного курса препаратом Визанна, никаких изменений течения заболевания не наблюдалось. У пациенток с установленным диагнозом аденомиоз, наблюдалась положительная динамика. До проводимого лечения средний объем матки составил $116,6 \pm 10,1$ см³. После приема Визанны через 3 месяца средний объем матки в данной группе уменьшился на 40%. Через 6 месяцев уменьшение составило еще 10%. 20% планировали беременность, из них после шестимесячного курса Визанны беременность самостоятельно наступила у 12%.

Таким образом на фоне проводимой терапии препаратом Визанна®, у 28% были выявлены рецидивы заболевания, а у 72% испытуемых была отмечена положительная динамика, следовательно Визанну можно считать препаратом первой линии при лечении эндометриоза.

ИНФРАКРАСНАЯ СПЕКТРОМЕТРИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Ионова Е.В.

**Нижегородская государственная медицинская академия
Руководитель - д.м.н., проф. Боровкова Л.В.**

Патология шейки матки является частым гинекологическим заболеванием, встречается в любой возрастной группе, составляет 10-15,7%. Заболевания шейки матки делятся на доброкачественные и злокачественные. Доброкачественные заболевания наблюдаются в 80-90% случаев всей патологии шейки матки, соответственно 10-20% приходится на злокачественные заболевания этого органа. Частота малигнизации доброкачественных поражений шейки матки составляет от 6-29%

В настоящее время для диагностики патологии шейки матки используются сухая цитология (чувствительность 66%-83%, специфичность-60-85%), жидкостная цитология (чувствительность 71-95%, специфичность 58-76%), кольпоскопия (чувствительность 70-80%, специфичность 60-70%). Несмотря на их высокую информационную значимость, частота раннего выявления рака не увеличивается, поэтому необходим поиск новых скрининговых методов, отличающихся простотой применения, высокой чувствительностью и специфичностью. [2,3,4]

Наиболее новым методом диагностики доброкачественных и злокачественных новообразований женских половых органов является инфракрасная спектрометрия (далее ИК- спектрометрия) сыворотки крови.

Ранее было показано, что диагностические показатели ИК- спектрометрии различных патологий (опухоли яичников, матки, гиперпластических процессах эндометрия, рак эндометрия, рак яичников) колеблются в следующих пределах: диагностическая точность 86-93%, чувствительность 81-93%, специфичность 95-100%.

Нами было проведено исследование образцов 80 больных с патологией шейки матки (эктропионов, эктопиях, старых разрывов шейки матки, эндометриоза шейки матки, полипов цервикального канала, cin I, cin II, cin III, cancer in situ) методом ИК-спектрометрии. Всем пациенткам диагноз был верифицирован морфологически.

Нами установлены достоверные различия в комплексах пиков полос поглощения образца сыворотки крови при доброкачественных и злокачественных заболеваниях.

Полученные результаты показали, что ИК-спектрометрия относится к раннему скрининговому методу дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных заболеваний шейки матки.

ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АНОМАЛИЙ ПРИКРЕПЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ

Шамсутдинова Д.Р., Гайсин Р.Ф.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Хасанов А.А.**

Акушерские кровотечения по данным ВОЗ занимают второе место в структуре причин материнской смертности. Консервативные методы остановки кровотечения не всегда приводят к желаемому результату. Эмболизация маточных артерий (ЭМА) – альтернативный метод остановки маточных кровотечений в акушерской практике. Метод впервые применен в 1979 году американским доктором J.Oliver. ЭМА обладает стойким и быстрым гемостатическим эффектом, поэтому ее можно рассматривать как органосохраняющее вмешательство и альтернативу гистерэктомии. Однако, эндоваскулярный гемостаз с помощью метода эмболизации маточных артерий не нашел еще широкого применения для остановки маточных кровотечений. Преимуществами ЭМА являются сохранение матки, проведение операции без общей анестезии, короткий срок госпитализации, следовательно, и значительный экономический эффект. Доступ к маточным артериям осуществляется трансфemorально по методике Сельдинге-ра. Перед введением эмболизата (ПВА) проводят селективную ангиографию маточных артерий.

Цель работы: разработка протокола эмболизации маточных артерий при аномальном прикреплении плаценты. Задачи:

1. Выяснить частоту аномального прикреплении плаценты
2. Определить показания, противопоказания ЭМА
3. Ведение послеоперационного периода

В ходе проведенного исследования получены следующие ответы на поставленные задачи: 1)Плотное прикреплении плаценты встречается в 0,69% случаев, приращение – 1 случай на 24000 родов(Э.К.Айламазян, Б.К.Новиков);2)ЭМА используется для профилактики и лечения маточных кровотечений как во время оперативного родоразрешения так и в послеродовом

периоде. Противопоказаниями к проведению ЭМА являются анафилактические реакции на рентгеноконтрастные препараты, некоррегируемая коагулопатия, тяжелая печеночная или почечная недостаточность

3) После окончания процедуры катетер оставляют в бедренной артерии на 2 часа с целью введения эмболизата в случае возникновения повторного кровотечения. В результате эндоваскулярной операции развивается достаточно своеобразная клиническая картина. От 1 до 5 суток отмечено развитие болевого синдрома в нижней части живота.

Таким образом ЭМА является современным, доступным, малоинвазивным, органосохраняющим методом остановки кровотечения при аномалиях прикрепления плаценты.

КОНСЕРВАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ШЕЕЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Гайсин Р.Ф., Шамсутдинова Д.Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Хасанов А.А.

Эктопическая беременность-осложнение, при котором прикрепление оплодотворенной яйцеклетки происходит вне полости матки. Внематочная беременность опасна для здоровья матери из-за внутреннего кровотечения. Несмотря на то, что летальность при внематочной беременности снизилась на 90%, эктопическая беременность является одной из основных причин материнской смертности и находится в РФ на третьем месте. Шеечная беременность – редкая форма, при которой прикрепление и развитие плодного яйца происходят в цервикальном канале шейки матки. Частота шеечной беременности может составлять при естественном зачатии 0,15% всех беременностей эктопической локализации. До последнего времени единственным методом лечения шеечной беременности служила срочная экстирпация матки.

Цель: Разработать алгоритм лечения шеечной беременности

Задачи:

1. Определить частоту шеечной беременности

2. Разработать протокол консервативного метода лечения шеечной беременности

Локализация плодного яйца при эктопической беременности чаще происходит в маточных трубах (97,7%). В 1,4% возникает брюшная беременность, в 1% - яичниковая или шеечная

Протокол консервативного метода лечения шеечной беременности: Современный метод органосберегающего лечения шеечной беременности на основе эмболизация маточных артерий (ЭМА) и инъекции цитостатиков (метотрексата). ЭМА проводится трансфemorальным доступом, после чего производится удаление плодного яйца (при сроке беременности 4 и более недель). При прогрессирующей шеечной беременности до 4 недель после ЭМА в плодное яйцо вводятся метотрексат (курсовая доза 24 мг, разовая 0,5 мг/кг), контролем УЗИ и ХГЧ проводится реабилитация больной. Преимущество данного метода это меньшая доза препарата, низкая токсичность.

Противопоказания к данному лечению: лейкопения менее 3×10^9 , тромбоцитопения менее 100000, повышение уровня печеночных ферментов (АЛТ, АСТ), повышение уровня креатинина, анафилактические реакции на рентгеноконтрастные препараты некоррегируемая коагулопатия, тяжелая печеночная или почечная недостаточность, особенности анатомии подвздошных сосудов.

Таким образом, внедрение комплексного метода лечения шеечной беременности с применением ЭМА и внутриаартериальным введением метотрексата позволит, на наш взгляд, снизить риск кровотечения и сохранить репродуктивную функцию.

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА.

Демидова Ю. П.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., асс. Субханкулова А. Ф.

Бактериальный вагиноз — заболевание с обильными липкими выделениями из влагалища с неприятным запахом. Известно, что его специфических возбудителей не существует. В роли этиологического фактора выступает ассоциация факультативно-анаэробных микроорганизмов. Особо важно, что на фоне резкого снижения молочнокислых бактерий, в количественном отношении общая обсемененность влагалища условно-патогенными микроорганизмами возрастает до 10^{10} КОЕ/мл влагалищной жидкости.

Под влиянием различных факторов происходит нарушение баланса в микрoэcosysteme влагалища с характерными изменениями. Повышенный уровень прогестерона усиливает пролиферацию клеток влагалищного эпителия, активирует их рецепторы к бактериям. Адгезия анаэробных микроорганизмов на наружной мембране образует «ключевые клетки». Клеточная деструкция приводит к увеличению выделений из влагалища.

Своевременные диагностика и лечение бактериального вагиноза важно для предупреждения развития осложнений данного состояния и его рецидивов.

Цель исследования: провести сравнительную оценку различных схем лечения вагинальных бактериальных инфекций.

Методы исследования: применение полимеразной цепной реакции в реальном времени для оценки микробиоценоза урогенитального тракта у женщин (тест Фемофлор).

Полученные результаты: обследовано 20 пациенток с клиническими проявлениями бактериального вагиноза. Они разделены на 2 группы, 1 группе проведено лечение вагинальными свечами 10 мг деквалиния хлорида с последующим восстановлением микрофлоры влагалища препаратом Гинофлор. 2 группа получила лечение на 1 этапе вагинальными свечами 10 мг деквалиния хлорида, 2 этап заключался в местном введении препарата аскорбиновой кислоты. Через 2 месяца у пациенток 1 группы не наблюдалось рецидивов заболевания. Во 2 группе у 2 пациенток из 10 отмечалась клиника кандидозного вульвовагинита, у 2 – рецидив дисбиоза.

Заключение: при применении метода Фемофлор выявлена высокая информативность теста по отношению к клинически значимым микроорганизмам, приводящим к дисбиозу в половых путях женщины. Инновационная схема лечения дисбиотических процессов показала отсутствие повторных случаев возникновения бактериального вагиноза.

АКУШЕРСКАЯ ПАТОЛОГИЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО ДИСБАЛАНСА ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ВРЕДНЫХ ЭКЗОГЕННЫХ ФАКТОРОВ

Шакурова Г.Н.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., доц. Орлов Ю.В.

Цель: изучение нарушения микроэлементного гомеостаза 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 спектрометрии и др.

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 новорождённого, 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, может явиться профилактикой и лечением различных патологических состояний.

ДИСБАЛАНС ОБМЕНА МАГНИЯ В ОРГАНИЗМЕ БЕРЕМЕННОЙ ПРИ РАЗВИТИИ АКУШЕРСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Якупова А.А.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., доц. 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: мы провели исследование группы женщин с акушерской патологией, в том числе с угрозой прерывания беременности и привычным невынашиванием. Группа состояла из 67 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.

В результате исследования определено, что у женщин с угрозой прерывания беременности на ранних сроках действительно присутствует недостаток магния в организме, который дает прямую корреляцию 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.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОЙ СРЕДЫ ЖЕНЩИНЫ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ МАТЬ-ПЛОД

Якупова А.А.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., доц. 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 Ca 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 Ca 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.

ИЗУЧЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ САРКОИДОЗОМ

Павлов Я.Н.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Фаткуллин И.Ф.**

Саркоидоз – это системный доброкачественный гранулематоз неизвестной этиологии, характеризующийся скоплением Т-лимфоцитов и мононуклеарных фагоцитов, образованием несекретирующих, неказеифицирующих эпителиоидноклеточных гранулем и нарушением нормальной архитектуры пораженного органа.

Значимость его влияния на состояние здоровья женщины и ее способности к рождению живого ребенка определяется эпидемиологией этого заболевания: более 60% больных на момент постановки диагноза были моложе 40 лет; женщины в структуре заболевших составляют 62%. Вновь выявленные случаи чаще регистрируются в возрасте 20 – 50 лет с пиком в 30 – 39 лет.

Цель исследования: изучение гинекологической заболеваемости и особенностей течения беременности у женщин больных саркоидозом.

Материал и методы исследования: Изучение амбулаторных карт, историй болезни и историй родов, а также результатов анкетирования у 329 женщин с установленным саркоидозом.

Исследование проводилось в клиническом родильном доме ГАУЗ «Городская клиническая больница №7» и ГАУЗ «Городская клиническая больница №16» г.Казани.

Возраст пациенток варьировал от 22 до 64 лет (в среднем 41,78 года).

Особенности репродуктивной функции были следующими: 137 (41,6%) женщин имели две беременности, 58 (17,6%) – одну, 31 (9,4%) – три и более, у 8 (2,4%) беременностей не было. У 170 (51,7%) женщин беременность завершилась родами, у 114 (34,6%) – абортми, 45 (13,7%) – самопроизвольными выкидышами в I триместре беременности.

Активная фаза саркоидоза до беременности наблюдалась у 73 (22,2%) пациенток.

Анализ результатов исследования позволил сделать следующие выводы.

1. Не установлено связи саркоидоза легких и внутригрудных лимфатических узлов с бесплодием. Беременности наступали без медицинского вмешательства как при активном течении заболевания, так и при его стойкой ремиссии.

2. У женщин с активным саркоидозом беременность часто (в 71,2%) сопровождалась угрозой ее прерывания.

3. Течение беременности при отсутствии активного саркоидоза особенностей не имело.

4. У 39,8% женщин после родов наблюдалось обострение или дебют саркоидоза.

5. В структуре гинекологических заболеваний у женщин с исследуемой патологией преобладает железистый полипоз эндометрия (37%), который был чаще отмечен при I и II стадии саркоидоза легких и внутригрудных лимфатических узлов (в 31% и 31,9% случаях соответственно).

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ КАНПИЛОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНОЗОМ

Гильмутдинова А.А.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Минуллина Н.К.**

Несмотря на проводимую адекватную терапию рецидивы бактериального вагиноза отмечаются к 50-70% случаев. Всю большую роль в развитие рецидивов бактериального вагиноза в последнее время отводится нарушению микроциноза кишечника. На сегодняшний день мало данных об участии одного из представителей кишечной флоры кампилобактеров в нарушении биоценоза влагалища. Целью работы явилось изучение частоты встречаемости бактерий рода *Campylobacter* у женщин с рецидивирующим бактериальным вагинозом. Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 46 женщины с рецидивирующим бактериальным вагинозом. Для определения роли дисбиотических нарушений применялись стандартные методы (бактериологический, бактериоскопический). Для исключения инфекции передаваемых половым путем (хламидий, микоплазмы, уреаплазмы, вирусы) применялись методы ПЦР, ИФА, ПИФ. С целью выявления бактерий рода *Campylobacter* применялся бактериологический метод (культивирование в микроаэрофильных условиях) и метод ПЦР. Средний возраст женщины составил 21 год. Основными жалобами женщин являлись гомогенно-жёлтые, жёлто-зелёные творожистые выделения из половых путей, зуд и жжение в области наружных половых органов, неприятный запах выделений. Из анамнеза экстрагенитальных заболеваний большая часть жалоб со стороны ЖКТ: (хронический гастрит в 8%, язвенная болезнь желудка в 4%, нарушение стула в 20% случаев). Из гинекологического анамнеза в 18% случаев хронический рецидивирующий эндоцервицит, в 9% случаев хронический кольпит, в 8% случаев хронический аднексит, в 3% случаев эндометрит. Рецидивы бактериального вагиноза от 3 до 4 раз в месяц. Всем женщинам в прошлом неоднократно проводилась бактериальная терапия по поводу хронического эндоцервицита, неспецифического вульвовагинита и бактериального вагиноза. Бактерии рода *Campylobacter* выявлены у 12 пациенток в количестве 10^2-10^4 . При этом сочетание с хламидиями в 4% случаев, с микоплазмами в 7% случаев, уреаплазмами в 9% случаев, *Candida albicans* в 12% случаев. Кроме этого, в 20% случаев выявлялись лактобациллы в количестве 10^2-10^3 КОЕ, в 80% случаев отсутствовали, стафилококки и стрептококки обнаруживались в количестве 10^2-10^3 КОЕ, гарднереллы в 10^3-10^4 . Таким образом: при бактериальном вагинозе достаточно часто выявляются бактерии рода *Campylobacter*, как возможный значимый фактор в развитии рецидивирования данного заболевания.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА АССОЦИИРОВАННОГО С КАМПИЛОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Гильмутдинова А.А.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Минуллина Н.К.**

Цель исследования: Оценить клиническое течение бактериального вагиноза ассоциированного с кампилобактерной инфекцией. Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 52 женщины в возрасте 18-29 лет с бактериальным вагинозом. Диагноз бактериальный вагиноз ставили на основании бактериоскопического метода (ключевые клетки) pH > 4,5 положительная проба с КОН наличием гомогенных выделений из половых путей. Для исключения инфекции передаваемых половым путем (хламидии, микоплазмы, уреаплазмы, вирусы) применялись методы ПЦР, ИФА, ПИФ. С целью выявления бактерий рода *Campylobacter* применялся бактериологический метод (культивирование в микроаэрофильных условиях) и метод ПЦР. Средний возраст женщин составил 21 год. Основными жалобами женщин являлись гомогенно-желтые, творожистые выделения из половых путей, зуд и жжение в области наружных половых органов, неприятный запах выделений. Рецидивы бактериального вагиноза от 1 до 4 раз в месяц. Всем женщинам в прошлом неоднократно проводилась бактериальная терапия по поводу хронического эндоцервицита, неспецифического вульвовагинита и бактериального вагиноза. Бактерии рода *Campylobacter* выявлены у 18 пациенток. При этом в 8,2% случаев сочетание вируса простого герпеса и кампилобактера 10^3 - 10^4 КОЕ. Клинически проявлялись обильными творожистыми выделениями желтоватого цвета и выраженным зудом в области наружных половых органов. Рецидивы у данных пациенток при появлении клинической симптоматики вируса простого герпеса I и II типа 1 раз в месяц. В 7,8% случаев с микоплазмами, уреаплазмами, при этом кампилобактер выявляется в количестве 10^4 КОЕ. Клинические проявления не выражены от незначительного зуда до его отсутствия. Выделения незначительные творожистые белого цвета. Кроме этого, в 4,6% обследованных больных зарегистрирован генитальный кандидоз (*Candida* 10^2 КОЕ), при этом кампилобактер выявляется в количестве 10^3 - 10^4 КОЕ. Клинически проявлялись творожистыми густыми выделениями желтого цвета и выраженным зудом в области наружных половых органов. Таким образом, клиническая картина при микст инфицировании отличалась от вида микроорганизмов ассоциированного с кампилобактером и наиболее выраженная у женщин с выявленной герпетической инфекцией.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА АССОЦИИРОВАННОГО С КАМПИЛОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Гильмутдинова А.А.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Минуллина Н.К.**

Цель: Оценить эффективность терапии бактериального вагиноза с учетом бактерий рода *Campylobacter*. Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 49 женщины с рецидивирующим бактериальным вагинозом. Для определения роли дисбиотических нарушений применялись стандартные методы (бактериологический, бактериоскопический). Для исключения инфекции передаваемых половым путем (хламидий, микоплазмы, уреаплазм, вирусы) применялись методы ПЦР, ИФА, ПИФ. С целью выявления бактерий рода *Campylobacter* применялся желтые, творожистые выделения из половых путей, зуд и жжение в области наружных половых органов, неприятный запах выделений. Рецидивы бактериального вагиноза от 1 до 4 раз в месяц. Всем женщинам в прошлом неоднократно проводилась бактериальная терапия по поводу хронического эндоцервицита, неспецифического вульвовагинита и бактериального вагиноза. Бактерии рода *Campylobacter* выявлены у 18 пациенток. При этом в 8,2% случаев сочетание вируса простого герпеса и кампилобактера в количестве 10^3 - 10^4 КОЕ. Клинически проявлялись обильными творожистыми выделениями желтоватого цвета и выраженным зудом в области наружных половых органов. Рецидивы у данных пациенток при появлении клинической симптоматики вируса простого герпеса I и II типа 1 раз в месяц. В 7,8% случаев с микоплазмами, уреаплазмами, при этом кампилобактер выявляется в количестве 10^4 КОЕ. Клинические проявления не выражены от незначительного зуда до его отсутствия. Выделения незначительные творожистые белого цвета. Кроме этого, в 4,6% обследованных больных зарегистрирован генитальный кандидоз (*Candida* 10^2 КОЕ), при этом кампилобактер выявляется в количестве 10^3 - 10^4 КОЕ. Клинически проявлялись творожистыми густыми выделениями желтого цвета и выраженным зудом в области наружных половых органов. Таким образом, клиническая картина при микст инфицировании отличалась от вида микроорганизмов ассоциированного с кампилобактером и наиболее выраженная у женщин с выявленной герпетической инфекцией.

Бактериологический метод (культивирование в микроаэрофильных условиях) и метод ПЦР. Средний возраст женщин составил 22 года. Основными жалобами женщин являлись гомогенно-жёлтые, жёлто-зелёные выделения из половых путей, зуд и жжение в области наружных половых органов, неприятный запах выделений. Лечение: На первом этапе лечения всем женщинам была назначена терапия, которая включала в себя антимикотик, иммуномодулятор. На втором этапе лечения после стихания клинических проявлений вирусных инфекцией был проведен курс антибактериальной терапии. По окончании лечения через 10 дней, месяц и три месяца клинические проявления и лабораторные показатели исключали бактериальный вагиноз. Через три месяца при ПЦР исследование на кампилобактер данный агент был выявлен у 3% женщин при отсутствии клинических проявлений бактериального вагиноза. Таким образом: бактериальный вагиноз поддерживается и имеет склонность к рецидивированию при наличии у женщин бактерий рода *Campylobacter*.

НЕЙРОСПЕЦИФИЧЕСКИЕ БЕЛКИ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ПОРАЖЕНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

Миннемуллина Р.М.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., асс. Хайруллина Г.Р.**

Преждевременные роды являются одной из актуальных проблем акушерства. Ишемически-гипоксические поражения ЦНС занимают первое место у недоношенных детей. В связи с внедрением иммуноферментных методов диагностики открыва-

ются возможности изучения нейроспецифических белков (НСБ) в ранней диагностике ишемическо-гипоксических поражений мозга плода и новорожденного.

Цель: изучение концентрации НСБ мозга у беременных и плодов при угрозе прерывания беременности, определение возможности прогнозирования ранней диагностики церебральных поражений новорожденных.

Материалы и методы: обследованы 78 женщин с угрозой прерывания беременности на различных сроках, в родах и 35 их новорожденных. Всем беременным был сделан иммуноферментный анализ НСБ: глиофибрилярного кислого протеина (GFAP) и нейроспецифической енолазы (NSE). В сыворотке пуповинной крови новорожденных проводился анализ антител к указанным белкам.

Результаты: у беременных при наличии клиники угрозы прерывания беременности концентрации НСБ отличались от группы здоровых пациенток. Их уровень составлял $5,3 \pm 0,7$ нг/мл для GFAP и $5,4 \pm 0,4$ нг/мл для NSE. Доношенные дети имели удовлетворительное состояние, но исследование концентрации НСБ показало увеличение их уровня у тех детей, у которых по данным кардиотокографии была выявлена внутриутробная гипоксия. Концентрация GFAP у них составила в среднем $5,6 \pm 0,6$ нг/мл, NSE – $13,6 \pm 1$ нг/мл ($p > 0,05$). Антитела к исследуемым антигенам не были выявлены. Ранний неонатальный период этих детей осложнился церебральной ишемией I-II степени по данным нейросонографии, при которой выявились очаги перивентрикулярного уплотнения или повышенная гидрофильность тканей мозга с асимметрией желудочков, в клинике преобладали гипертензионный синдром, диффузная мышечная гипотония. В крови новорожденных без признаков внутриутробной гипоксии уровни НСБ не превышали контрольных значений.

Результаты: исследование подтвердило наличие нарушений ЦНС плода при невынашивании беременности. Определение уровней НСБ в сыворотке пуповинной крови новорожденных является высокочувствительным диагностическим тестом и позволяет прогнозировать степень церебральных поражений детей.

ПОДГОТОВКА ШЕЙКИ МАТКИ К РОДАМ У ЖЕНЩИН С ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Ибатуллина З.Р. Миннемуллина Р.М.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., асс. Хайруллина Г.Р.

Актуальность проблемы переносимости беременности объясняется большим числом осложнений в родах, частым оперативным родоразрешением, высокой перинатальной заболеваемостью и смертностью. Незрелость шейки матки при сроке беременности 41 неделя – основание для оценки акушерской ситуации и подготовки родовых путей. Средства для подготовки шейки матки к родам делятся на механические и медикаментозные.

Цель: Выявить дифференцированный подход подготовки шейки матки различными способами при различных условиях.

Методы исследования: Наблюдались женщины с доношенной беременностью (151 человек). Критерии исследования: срок беременности 41–42 недели, головное предлежание, шейка матки 0–4 баллов по индексу Бишопа. По способу подготовки шейки матки женщины разделили по группам: I группа – 64 женщины, принимали препарат антипрогестеронового действия мифепростон по 200 мг 1 раз в сутки в течение 2 дней с интервалом 24 часа. Во II группе 43 женщины, которым интрацервикально вводили простагландин Е (динопростон-гель 0,5 мг), в III–44 женщины, которым вводили в цервикальный канал палочки ламинарий. Перед подготовкой к родам проводились: УЗИ, амниоскопия, КТГ плода, молочивный тест.

Результаты: самостоятельное начало родов в I группе у 56 (87,5%) беременных, во II – у 41 (83,7%), в III – у 37 (84,1%).

Наибольшая частота аномалий родов отмечалась во II и III группе. В I группе осложнения возникли у 19 (26,9%) женщин. Высокая частота патологического прелиминарного периода и дискоординированной родовой деятельности наблюдалась во II группе. Гипоксия плода отмечалась во II группе в 1,4, в III – в 1,9 раз чаще, чем в I.

В I группе у 51 (79,7%) женщины роды через естественные родовые пути, у 13 (20,3%) – оперативное родоразрешение, во II группе – соответственно у 29 (67,5%) и 14 (32,5%), в III группе – у 29 (66%) и 19 (34%).

Заключение: При переносимости беременности оптимально использование антипрогестинов или простагландина Е. Наименьшая частота осложнений родов и кесарева сечения были при использовании мифепристона. Исследование подтвердило преимущества мифепристона как неинвазивного способа введения, возможности применения при нарушенном биоценозе влагалища, хорошей эффективности при незрелой шейке матки.

ОПЫТ ВЕДЕНИЯ ПАРТНЕРСКИХ РОДОВ

Вдовина Ю.Н., Миникаева Л.Р.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., асс. Хайруллина Г.Р.

По программе ВОЗ «Безопасное материнство» важным считается возможность присутствия близкого человека при родах. Проект «Мать и дитя» внедряет современные технологии, направленные на улучшение здоровья женщин и детей, в частности участия партнеров в родах.

Цель исследования: определение значимости партнерских родов, анализ ближайших результатов этих родов.

Материалы и методы: были проанализированы 200 историй родов, из которых 100 родов были партнерскими. 65 женщин были первородящими, 35 – повторнородящими. При этом статистически значимой разницы по возрасту, анамнезу и паритету родов в исследуемых группах не наблюдалось.

Результаты: За последний год увеличилось число партнерских родов среди социально-благополучного контингента до 32%. При данных родах реже требуется индукция (22% против 30% в контроле). Акушерская тактика в процессе ведения совместных родов значительно менее «агрессивна» - в два раза реже применялась родостимуляция, меньшая частота влагалищных исследований. Постоянная поддержка партнера в родах уменьшила продолжительность родов. Партнерские роды в среднем составили по времени – 8,5 часов, роды без компаньона – 11 часов. Присутствие партнера в родах уменьшило количество оперативного вмешательства. Из 100 проанализированных историй родов только 9 закончились путем операции кесарева сечения (показаниями послужили внутриутробная гипоксия плода, клинически узкий таз). Количество кесарева сечения в родах без партнера составило 13. Без разрывов мягких тканей роды разрешены у 38% женщин основной группы и всего 21% пациенток, рожавших без присутствия партнера. Частота применения эпизиотомии в основной группе ниже на 10%, разрывов промежности ниже на 4%. Сразу после рождения новорожденные выкладывались на живот матери, в последующем ребенок находился на руках у отца.

Заключение: было выявлено: в родах необходимы непрерывная физическая, эмоциональная, психологическая поддержка женщины. Присутствие партнера в родах сдерживает акушерскую «агрессию», значительно сокращает продолжительность родов, снижает количество медикаментозного обезболивания. Благодаря поддержке в родах снизилось количество хирургических вмешательств. Присутствие близкого человека в родах повышает положительное восприятие от процесса родоразрешения.

ДИАГНОСТИКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ТЕСТ - ПОЛОСКАМИ

Гафарова Р.Н.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н. асс. Фаткуллин Ф.И.**

Использование тест-полосок с целью предотвращения выкидышей и преждевременных родов. Метод, лежащий в основе этой разработки открыт советскими учеными, они доказали, что плацентарный альфа микроглобулин – единственное вещество, которое содержится в околоплодных водах, но отсутствует во всех других органах. Американцы придумали рыночное использование этого изобретения. Они начали делать тест-полоски, чувствительные к плацентарному альфа-1-микроглобулину. Набор для теста состоит из тампона, стаканчика и самой полоски. Сейчас эти тест-полоски стали основным методом определения приближающихся родов и выкидышей в большинстве стран мира. Преждевременный разрыв плодных оболочек — основная причина преждевременных родов и самопроизвольных аборт. На начальной стадии женщине бывает очень трудно определить, что произошел разрыв плодных оболочек. Иногда он случается быстро и сразу, и тогда женщина вызывает «скорую». Но чаще всего женщина либо ничего не подозревает, либо что-то подозревает, но не хочет обращаться к врачу, надеясь, что на самом деле все хорошо, все обойдется. Если женщина к врачу не обращается, судьба ее и ребенка может стать трагической. Разрыв плодных оболочек приводит к инфицированию плода различными микробами, сам разрыв прогрессирует и через несколько дней заканчивается выкидышем, в лучшем случае, преждевременными родами, если разрыв происходит на большом сроке, но и в этом случае здоровье ребенка из-за занесенных инфекций оказывается под вопросом.

Тест-полоска позволяет женщине самой определить начало патологического процесса. Благодаря этому, врачи успевают вовремя положить женщину в больницу. Если речь идет о сроке 20 недель, то рассчитывать на рождение здорового ребенка очень сложно, но в этом случае при ранней диагностике врачи могут попытаться оттянуть время его появления на свет, дать ребенку "дозреть", провести курс антибиотиков и кортикостероидов, благодаря которому легкие у недоношенного ребенка смогут раскрыться, потому что главная причина смерти недоношенных детей связана именно с легкими. Тест-полоски дают удивительную точность, поэтому при диагностике преждевременного разрыва плодных оболочек использовать тест полоски, как наиболее точный и экономически выгодный экспресс-тест по сравнению со всеми остальными методами.

ЭНДОМЕТРИОЗ РУБЦА НА МАТКЕ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Галяутдинова З. Ф.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н. доц. Журавлева В. И.**

На сегодняшний день эндометриоз продолжает оставаться одной из актуальных проблем акушерства и гинекологии, что объясняется рядом факторов. Эндометриоз поражает до 50% женщин репродуктивного возраста, приводит к функциональным расстройствам и структурным изменениям в репродуктивной системе, значительно снижает качество жизни пациенток. В последнее время в связи с увеличением частоты родоразрешения путем операции кесарева сечения мы наблюдаем также и рост числа послеоперационных осложнений, в том числе таких, как формирование несостоятельного рубца на матке, развитие эндометриоза данного рубца с образованием эндометриомы.

В связи с большой редкостью случаев эндометриоза послеоперационных рубцов матки и сложностей, возникающих при диагностике этой патологии, приведем данные ретроспективного исследования историй болезней пациенток, прооперированных в клинике медицинского университета по поводу эндометриоза рубца на матке.

Пациентки обращались в клинику с жалобами на мажущие кровянистые выделения из половых путей (40%), боли внизу живота (80%), диспареунию (40%), нарушения мочеиспускания (20%). При обследовании выявляли несостоятельный рубец на матке с образованием эндометриомы. Лечение заключалось в пластике несостоятельного рубца матки с эвакуацией содержимого эндометриомы, диагноз «эндометриоз рубца» подтверждался гистологически при исследовании операционного материала. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Таким образом увеличение частоты родоразрешения путем операций кесарева сечения приводит к появлению новых осложнений, устранение которых требует хирургической коррекции в отдаленном послеоперационном периоде.

Следует помнить, что последствия операции кесарева сечения не только негативно сказываются на протекании последующих беременностей, но и ввиду таких осложнений, как развитие эндометриомы послеоперационного рубца матки, приводят к снижению качества жизни пациенток и требуют оперативного лечения.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНДУЦИРОВАННОЙ ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНЦИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АБДОМИНАЛЬНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Макушева М.А., Воронина И.Д.

**Нижегородская государственная медицинская академия
Руководитель – д.б.н. проф. Щербатюк Т.Г.**

Введение. Железодефицитная анемия у беременных женщин неблагоприятно отражается на течении беременности и родах. Беременность характеризуется развитием окислительного стресса, который выполняет важные физиологические функции. Учитывая трудности в выборе препаратов для использования во время беременности, возрастает внимание к немедикаментозным методам воздействия, к которым относится абдоминальная декомпрессия.

Цель. Изучение активности свободно-радикальных процессов плазмы крови беременных женщин с железодефицитной анемией на фоне абдоминальной декомпрессии.

Методы исследования. Проведено четырехкратное динамическое обследование 115 беременных женщин в сроках 11-14, 16-18, 20-24, 30-34 недели беременности. Пациентки разделены на 5 групп: 50 женщин, исходно страдающих анемическим синдромом (основная группа), 28 из них прошли курс абдоминальной декомпрессии. 50 женщин с нормальными показателями концентрации гемоглобина только в начале беременности (смешанная группа), 24 из них прошли курс процедур. 15 женщин - группа контроля. Определяли свободно-радикальную и общую антиоксидантную активность плазмы крови.

Полученные результаты. Свободно-радикальное окисление плазмы крови женщин основной и смешанной группы, изначально выше на 24% и 15% соответственно, по сравнению с группой контроля. Величина общей антиоксидантной активности у женщин с анемией ниже, чем у пациенток с неосложненной беременностью на 19% и 15%. При воздействии абдоминальной декомпрессии в основной группе отмечено, что уровень индуцированной хемилюминесценции снижается на 11%, а общая антиоксидантная активность повышается на 16% в сроки гестации 20-24 недели, по сравнению с тем же сроком без процедур. Воздействие абдоминальной декомпрессии в смешанной группе приводит к снижению уровня индуцированной хемилюминесценции относительно аналогичного срока, но без воздействия на 30-34 неделе беременности - 14 %, общая антиоксидантная активность активизируется на 20-24 неделе и повышается на 28 %.

Заключение. Проведение курса абдоминальной декомпрессии беременным с железодефицитной анемией в сроки 16 - 20 недель приводит к нормализации свободно-радикального гомеостаза.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГЕСТОЗА И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Губаева Д.Н.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н. проф. Хасанов А. А.**

Актуальность. Гестоз является одной из ведущих проблем акушерства. В России, по данным разных авторов, гестоз диагностируется у 12-17% беременных. В настоящее время критерии диагностики гестоза основаны на классической триаде: артериальной гипертензии, протеинурии и отеках. Однако при гестозе также возможен лишь моносимптом в виде повышенного артериального давления. По данным рабочей группы по изучению гипертензии при беременности в США, гипертензия – это вторая после эмболии причина материнской смертности. Хроническая гипертензия увеличивает риск перинатальной смертности, отслойки нормально расположенной плаценты, задержки внутреннего развития плода и частоту других патологий. При терапии гипертензивного синдрома необходимо учитывать его этиологию. В связи с чем появилась необходимость дифференциальной диагностики гестоза и эссенциальной гипертензии, так как эти заболевания являются основными причинами повышенного артериального давления у беременных.

Цель работы. Поиск диагностических тестов, позволяющих провести дифференциальную диагностику между гестозом и гипертонической болезнью.

Задачи.

- 1) Обзор доступной научной литературы по представленной теме;
- 2) Выбор наиболее доступных диагностических тестов в современном российском родовспоможении;
- 3) Структурирование алгоритма обследования беременных с гипертензивным синдромом.

Метод исследования. Анализ литературы по представленной теме.

Полученные результаты. В качестве дифференциальной диагностики гестоза и гипертонической болезни возможно использование следующих диагностических тестов: суточное мониторирование артериального давления, определение типа гемодинамики беременной, оценка функциональной активности эндотелия с помощью эндотелийзависимой вазодилатации и определение уровня ингибитора Na/K-транспорта в крови – маринобуфогенина.

Заключение. Введение диагностических тестов в алгоритм обследования беременных с повышенным артериальным давлением позволит значительно снизить материнскую и пренатальную смертность.

МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОФИЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Хузина Д.Д.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н. доц. Хамитова Г.В.**

Тромбофилия - это повышенная склонность организма человека к образованию тромбов. Может быть приобретенная и наследственная. Проявление заболевания у носителей генетических тромбофилических мутаций в большой степени зависит от возраста, пола, факторов окружающей среды и других иных мутаций.

Учитывая особенности физиологической адаптации системы гемостаза к беременности, абсолютное большинство генетических форм тромбофилии клинически проявляется именно в течение гестационного процесса и, как оказалось, не только в форме тромбозов, но и в форме типичных акушерских осложнений. В этот период в организме матери происходит перестройка свертывающей, противосвертывающей и фибринолитической системе, что приводит к увеличению факторов свертывания крови на 200%.

Тромбофилические состояния в акушерстве являются одной из важных причин невынашивания беременности и фетоплацентарной недостаточности. К тромбофилическим состояниям во время беременности, приводящим к привычному невынашиванию.

Целью лечения является устранение тромботических осложнений.

При немедикаментозном лечении тромбофилии при беременности необходимы:

- Нормализация труда
- Ношение эластичных бинтов или медицинского компрессионного трикотажа
- Поднимать лежа на кровати ноги на 10 – 15см
- Лечебная физкультура
- Самомассаж
- Плавание
- Рациональное питание, исключающее прием острой и жирной пищи
- Фитотерапия
- Электромагнитная терапия

А при медикаментозном лечении тромбофилии при беременности:

- Применение лекарственных средств, укрепляющих сосудистую стенку, применение средств, улучшающих реологические свойства крови, улучшающие микроциркуляцию (В). Антикоагулянты (низкомолекулярный гепарин) (А) надропарин кальция - раствор для инъекций в предварительно наполненных шприцах.

- Если тромбоз церебральных сосудов в остром периоде, если удалось исключить внутрисерпное кровоизлияние, применяют антикоагулянты (особенно при резком нарастании неврологической симптоматики). Для профилактики отека головного мозга назначают дексаметазон, 20 мг/сут в/в, и маннитол (А).

Профилактические мероприятия (профилактика обострений и осложнений) при тромбофилии у беременных:

- Активный образ жизни для улучшения венозного оттока
- Дезагреганты
- Флеботоники
- Исключить препараты, содержащие эстрогены.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СРЕДИ СТУДЕНТОК 1-ГО И 3-ГО КУРСОВ ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА КГМУ

Гафиуллина А.Д., Гайфутдинова Д.Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., доц. Ерёмкина В.И.

На сегодняшний день ЗППП являются одной из ведущих причин бесплодия у женщин детородного возраста. ЗППП могут длительное время не проявлять себя. В связи с этим, многие даже не подозревают о наличии инфекций, которые, будучи не выявленными, поражают органы мочеполовой системы и могут блокировать репродуктивную функцию. При регулярном профилактическом обследовании возможно раннее выявление и лечение заболевания.

В настоящее время наиболее простым и достоверным методом оценки здоровья девушек является взятие мазка на степень чистоты.

Целью исследования является оценка гинекологического здоровья студенток 1 и 3 курсов лечебного факультета КГМУ. У всех девушек живущих половой жизнью был взят мазок. Исследуемых с 1го курса было 63 человека, с 3го - 128.

Обращалось внимание на: сбор анамнеза, объективный осмотр и параклинические методы исследования (на воспалительные заболевания влагалища, шейки матки, взятие мазка на онкоцитологию).

Было выявлено: среди студенток 1ого и 3ого курса лечебного факультета КГМУ был проведен профилактический осмотр. По данным осмотра можно судить о том, что студентки 3го курса намного чаще страдают воспалительными заболеваниями влагалища, шейки матки, нежели студентки 1го курса, а исходя из анамнеза, студентки 3ого курса чаще предъявляют жалоб на альгодисменорею, боли внизу живота, выделения из влагалища.

Вывод: полученные данные говорят о том, что девушки старшего курса страдают заболеваниями гинекологического характера гораздо чаще, нежели младшего. Причиной этого можно считать увеличение количества студенток, ведущих половую жизнь на 3 курсе. А как известно, это прямой путь распространения инфекции.

ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Тарвердиева А.Э., Гарифуллина Э. Ф.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н. проф. Илизарова Н.А.

Механизмы формирования эндотелиальной дисфункции при гипергомоцистеинемии (ГГЦ) выявлены и изучены. ГГЦ может играть не маловажную роль в патогенезе таких акушерских осложнений, как привычное невынашивание, плацентарная недостаточность, гестоз. Важен поиск оптимального метода терапии ГГЦ.

Цель исследования: оценить эффективность применения фолатина во время беременности и в период подготовки к ней у пациенток с ГГЦ на фоне различных факторов риска акушерских осложнений.

Материалы и методы: исследования проводились на базе Центра планирования семьи и репродукции (казанский филиал «Ава-Петер»), изучено состояние 60 пациенток. У 20 беременных I группы с первичным невынашиванием беременности и патологией гемостаза и 20 пациенток II группы с ОАА и отягощенным соматическим анамнезом был исходно повышен гомоцистеин. Контрольную группу составили 20 здоровых беременных. Причинами ГГЦ были не только врожденные формы тромбофилии, АФС, варикозная болезнь, но и хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, длительный прием КОК, курение.

Результаты: средний уровень гомоцистеина в I группе до беременности и во II группе до приема фолатов составил 18,71 и 8,27 мкмоль/л соответственно, что значительно выше нормы. Однако, через месяц приема фолатина, в I группе уровень гомоцистеина снизился до 7 мкмоль/л, во II группе до 4,57 мкмоль/л. В обеих группах диагностированы такие акушерские осложнения течения беременности, как: ФПН, отслойка плодного яйца, аномалии прикрепления плаценты, преждевременные роды. Но степень выраженности осложнений беременности была различной.

Выводы: назначение фолатина в дозе 5 мг/сут в период предгравидарной подготовки и во время беременности пациенткам I группы позволило избежать грозных осложнений и родить здоровых детей, в отличие от пациенток II группы, где терапия ГГЦ фолатином начата позже.

НОВЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ МИКСТОВОГО ВУЛЬВОВАГИНИТА В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Гатина Д.Н., Ахметгалиев А.Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н. проф. Илизарова Н.А.

Вульвовагинит – часто встречающееся осложнение беременности, имеет микстовую природу, доминирующими возбудителями являются условно-патогенные микроорганизмы и грибы. Восходящим путем инфекция из влагалища проникает к плодному яйцу, нарушает процессы его миграции и нидации, провоцирует отслойку хориона, является причиной выкидыша.

Цель исследования: изучить эффективность местного использования ферментов и композитного сорбционного препарата «Энтеросгель» с адсорбированными на нем метрогилом, диоксицином и дифлюканом в терапии микстового вульвовагинита у пациенток в I триместре беременности.

Материалы и методы: исследования проводились на базе Центра планирования семьи и репродукции (казанский ф-л «Ава-Петер»). Обследованы и пролечены 40 пациенток с микстовым вульвовагинитом в I триместре беременности. Диагноз был выставлен на основании клинических проявлений, микроскопии и бактериологического посева влажалищного содержимого. I группу составили 20 беременных – они санированы с помощью геллазы и энтеросгеля с адсорбированными на нем метрогилом, диоксицином и дифлюканом; II группу составили 20 пациенток с традиционным методом терапии с помощью гексикона. Контроль излеченности оценивался на 14 сутки и через месяц.

Результаты: До лечения, в обеих группах кандидоз был диагностирован в 25%, трихомоноз – в 15%, у 20% - наблюдалась смешанная инфекция. Не редко ведущим фактором являлся золотистый стафилококк, гемолитический стрептококк, кишечная палочка, протей, клебсиелла, пептококки, бактероиды. При первом контроле излеченности – не воспалительный тип мазка наблюдался в обеих группах, через месяц после лечения – в 90% случаев во второй группе диагностировался рецидив вульвовагинита, что подтверждалось бактериологическим исследованием. В I группе рецидивов не было.

Выводы: Местное использование ферментных и сорбционных препаратов для терапии микстовых вульвовагинитов на ранних сроках беременности позволяет эффективно удалить микроорганизмы и продукты их жизнедеятельности из очага воспаления, обеспечивает пролонгированное местное воздействие антибиотиков и тем самым помогает избежать системного применения антибактериальных препаратов в период эмбриогенеза, профилактирует осложнения беременности.

ИННОВАЦИОННЫЙ МЕТОД КОМПЬЮТЕРНОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ РОДОВОГО АКТА У ЖЕНЩИН ГРУППЫ ВЫСОКОГО РИСКА

Валиуллина Г. З.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н. проф. Хасанов А. А., к.м.н., асс. Орлов Ю.В.**

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 плода и новорождённого в разные периоды беременности и родов. Анализ полученных данных с построением имитационной модели родового акта. Разработка методических рекомендаций учёта индивидуальных особенностей плода и новорождённого 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 новорождённых.

КЕФАЛОГЕМАТОМА: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Сагдиев А.И., Газизуллина Ю.Р.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н. проф. Хасанов А.А.**

Несмотря на совершенствование медицинских технологий родоразрешения, проблемы родового травматизма, в частности кефалогематом, остается актуальной. Зачастую о качестве оказываемой акушерской помощи в стационаре судят по частоте кефалогематом. По данным различных авторов, это осложнение формируется у 0,2-2,5% новорождённых. Само по себе перикровизилия не приводит к перинатальной смертности. Однако возникающие осложнения могут ухудшить течение раннего неонатального периода и приводить к отдаленным последствиям. По мнению Ратнера В.В., "роль кефалогематом нередко недооценивается, так как они часто встречаются и находятся вне черепа". Кефалогематома может быть одним из косвенных признаков родовой травмы ЦНС. Зачастую у детей со сформировавшимся субпериостальным кровоизлиянием выявляются признаки повреждения шейного отдела позвоночника. Ведущей причиной появления кефалогематом традиционно считаются осложненное течение родов и травматичные акушерские пособия. Проведена взаимосвязь возникновения поднадкостничного кровоизлияния с применением вакуум-экстракции плода, акушерских щипцов. Однако небольшая частота этих методов родоразрешения в нашей стране не объясняет частоту кефалогематом у новорождённых. Роль других травмирующих факторов не выяснена. Их изучение позволит глубже изучить механизмы, приводящие к формированию кефалогематом у новорождённых.

Цель исследования: выявить факторы риска формирования кефалогематом и степень их значимости у новорождённых первородящих и повторнородящих женщин.

Данная работа посвящена выяснению факторов риска формирования кефалогематом и степени их значимости у новорождённых первородящих и повторнородящих женщин, определению частоты кефалогематом при самопроизвольных родах и при Кесарева сечении, изучению отдаленных последствий у детей.

ВЛАГАЛИЩНАЯ ХИРУРГИЯ: НОВЫЕ ОПЕРАЦИИ - «НОВЫЕ» КЛАССИФИКАЦИИ

Фарук М.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н. асс. Ключаров И.В.**

Введение.

Влагалищный доступ является одним из основных и популярных доступов в оперативной гинекологии. В современной научной литературе дискутируются два вопроса о возможном объеме оперативного вмешательства производимого влагалищным доступом и о классификации пролапса женских половых органов.

Цель работы.

Выделить и изучить операции, осуществляющиеся с помощью влагалищного доступа и рассмотреть основные классификации пролапса женских половых органов.

Материалы исследования, методы исследования.

Изучение работ в области влагалищной хирургии. Рассмотрение основных операций, производимых влагалищным доступом, а также основных видов классификаций пролапса женских половых органов.

Результаты работы.

К заболеваниям, лечащимся через трансвагинальный доступ, относятся, операции по реконструкции влагалища, удаление матки, ампутация шейки матки, сшивание задней стенки мочевого пузыря с передней стенкой матки, лечения эндометриоза послеоперационного рубца матки, а также является основным при лечении стрессового недержания мочи с помощью slingовых процедур.

Традиционно предоперационное стадирование производится по классификации К.Ф.Славянского, в которой учитываются факторы смещения вниз влагалища и смещения вниз матки. Согласно классификации М.С.Малиновского различают три степени опущения частей матки по отношению к входу во влагалище.

С введением в практику операций с использованием синтетических имплантов ICS предложено стандартизованную систему POP-Q. Система POP-Q предполагает подразделение влагалища на 6 анатомических сегментов: это проксимальная и дистальная части передней и задней влагалищных стенок, шейка матки и задний свод влагалища.

Классификация, предложенная М. Bouling, известна как "система профилей малого таза". В этой классификации используется 6-уровневая система оценок, рассматривающая уретру, дно мочевого пузыря, шейку матки, дугласово пространство, стенку прямой кишки, промежность.

Заключение.

На сегодняшний момент наибольшее признание зарубежом имеет классификация POP-Q, поскольку она является наиболее современной и обладает свойствами как воспроизводимости результатов, положение пациентки практически не влияет на стадирование пролапса, точная количественная оценка многих определенных анатомических ориентиров.

ПАТОЛОГИЯ ЭНДОМЕТРИЯ И НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Андрижанова Э.И., Недопекина Е.А.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н. доц. Илизарова Н.А.**

В структуре причин ПНБ эндокринные нарушения составляют от 8 до 20%. Подготовка организма для успешного зачатия и поддержания беременности осуществляется прогестероном, полноценное функционирование которого оценивается степенью секреторной трансформации эндометрия.

Цель: изучить состояние эндометрия у пациенток с ПНБ и влияние различных схем ЗГТ на морфофункциональное состояние эндометрия.

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе Центра планирования семьи и репродукции (казанского филиала «АВА-ПЕТЕР»). Обследовано и пролечено 45 женщин с ПНБ. Пациентки были разделены на IV группы: I группа - 15 женщин в период предгравидарной подготовки получали циклическую гормональную терапию: фемостон 1/10 с 1 по 28 + дюфастона с 12 по 25 д. м. ц. II группа - 15 женщин с ПНБ получали только дюфастон с 12 по 25 д. м. ц. III группа сравнения - 15 пациенток курс традиционной циклической метаболической терапии. IV контрольная: практически здоровые женщины (10 человек), перед планируемой процедурой ИКСИ вследствие мужского фактора бесплодия. В ходе исследования, до лечения и после окончания терапии, во всех группах определяли: уровень ФСГ, ЛГ, эстрадиола и прогестерона; с помощью УЗИ-состояние эндометрия в начале цикла, в преовуляторном периоде и во II фазу с доплерометрическим исследованием «окна имплантации»; морфофункциональное состояние эндометрия оценивали на 22–24 д.м.ц по биоптатам.

Результаты: До начала терапии у пациенток с ПНБ имелась разная степень недостаточности ЛФ и фазы секреторной трансформации эндометрия. Толщина эндометрия по данным УЗИ: от 3 до 8 мм на 17-19 д.м.ц. с различными вариантами нарушения кровотока в сосудах матки. В периферической крови наблюдалась нормальная концентрация или относительная гипострогения при нормальных значениях прогестерона. Наиболее полноценная секреторная трансформация эндометрия наблюдалась у женщин I гр., получавших фемостон в сочетании с дюфастон. Выводы: у пациенток с ПНБ на фоне патологии эндометрия в период предгравидарной подготовки рекомендуем назначение фемостона 1/10 в сочетании с дюфастоном 10 мг на 3 менструальных цикла. Основа данной терапии: активация рецепторной чувствительности и полноценной секреторной трансформации эндометрия на фоне минимальных доз эстрогенов и прогестерона для успешной имплантации плодного яйца.

ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ ПО ДАННЫМ АНКЕТИРОВАНИЯ ШКОЛЬНИКОВ

Гималтдинова А.В.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., асс. Исламова Л.Х.**

Ранняя сексуальная активность подростков стала одной из важнейших социальных проблем России. Около половины школьников 16-17 лет живут половой жизнью. Иногда подростки полагают, что самым простым способом достижения статуса взрослых для них являются сексуальные отношения, беременность и рождение детей. События, обуславливающие начало репродуктивной жизни, и возраст, в котором они происходят, являются важными факторами, определяющими как фертильность,

так и репродуктивное здоровье, оказывают выраженное влияние на будущий жизненный путь человека. Для изучения репродуктивного поведения подростков было проведено анонимное анкетирование 74 школьниц 9-11 классов средней школы г. Казани и 80 школьниц средних школ одного из районов Республики Татарстан. Средний возраст опрошенных школьниц составил $15,9 \pm 0,76$. Наличие сексуального опыта указало 71,6% школьниц в городе и 68,8% в районе. Средний возраст сексуального дебюта составил $14,5 \pm 1,0$ лет в городе и $14,8 \pm 1,2$ – в районе. Мотивами начала половой жизни у большинства девушек, как в городе, так и в районе, оказались любовь (47,2% и 41,8%), эксперимент (9,4% и 9,1%), принуждение (5,7% и 9,1%). 37,7% опрошенных школьниц в городе и 40% в районе, начало половой жизни расценивают, как необдуманный поступок. Результаты анкетирования позволяют судить о достаточно частой смене половых партнеров среди подростков: в городе один партнер у 54,7% опрошенных, два – у 45,3; в районе один партнер у 52,7% школьниц, два – у 43,6%, три – у 3,7%. К сожалению, такая сексуальная активность сопровождается недостаточно грамотным уровнем знаний в вопросах контрацепции. При первой близости только 72% девушек в городе и 74,5% в районе предохранялись презервативами, у остальных респондентов первый половой акт был незащищенный. Несмотря на существование большого количества эффективных средств контрацепции большинство подростков, как основное средство контрацепции, используют презервативы (90,6% и 94,5%), в 9,4% и 5,5% случаях - предохраняются прерванным половым методом, 9,4% и 12,7% не предохраняются. У всех школьниц, принципом выбора метода контрацепции является его стоимость. Большинство подростков информацию по вопросам контрацепции получают от сверстников и друзей – 82%, от родителей – 18%. Раннее начало половой жизни, плохая осведомленность о методах контрацепции увеличивают риск наступления нежелательной беременности, приводят к росту у девочек-подростков искусственных аборт или родов. По результатам анкетирования установлено, что 9,4% школьниц в городе и 16,4% в районе имели беременность, которая в одном случае закончилась родами, а в остальных – искусственным прерыванием беременности. Из девушек – 39,6% отрицательно относились к аборту как методу планирования семьи, положительно к аборту относились - 43%, безразлично – 17%. Таким образом, совершенно очевидна значимость комплексного подхода к решению проблем охраны репродуктивного здоровья подростков, их сексуального образования.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ

ИММУННЫЙ ОТВЕТ В ПАТОГЕНЕЗЕ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОМ ЭНДОКАРДИТЕ

Лашманова Ю.В.

Казанский государственный медицинский университет.

Руководитель - д.м.н., доц. Баялиева А.Ж.

Острая почечная недостаточность (ОПН) - частое осложнение при операциях на сердце с искусственным кровообращением, особенно при бактериальном эндокардите (БЭ), протекающим с вовлечением в воспалительный процесс всего организма, в том числе и паренхимы почек.

Цель: изучить роль воспалительного иммунного ответа в патогенезе ОПН у кардиохирургических больных с тяжёлой сердечной недостаточностью (СН) на фоне БЭ.

Задачи: 1. Определить СКФ и причины возможного его снижения у кардиохирургических больных с БЭ

2. Оценить тяжесть ОПН по критерию RIFLE и необходимость проведения ЗПТ у кардиохирургических больных с БЭ.

3. Определить количественные характеристики прокальцитонина (PCT) и NT-proBNP у больных с тяжёлым БЭ при кардиохирургических операциях.

Материалы и методы: 31 больной кардиохирургического профиля с БЭ, у которых в 100% регистрировались признаки ОПН, требующие проведения ЗПТ в предоперационном и раннем послеоперационном периоде. 77,4% больных проведено протезирование АК, 22,5% – протезирование АК и МК. В исследуемой группе определялись количественные характеристики PCT и NT-proBNP. Проводился расчёт СКФ по формуле Cockcroft-Gault. Тяжесть ОПН оценивалась по критерию RIFLE (2003).

Результаты. Степень тяжести БЭ характеризовалась увеличением PCT более чем в 10 раз, на выраженность СН указывала высокая концентрация NT-proBNP 6371 ± 594 пг/мл. Тяжесть ОПН в исследуемой группе: Risk - 2 (6,4%), Injury - 18 (58%), Failure - 11 (35,4%). Наличие выраженных периферических отёков, полисерозитов, одышки, рентгенологических признаков перегрузки малого круга кровообращения потребовало раннего проведения продлённой ЗПТ.

Выводы:

1) За счёт СН, обусловленной клапанной патологией сердца и инфекционным компонентом, произошло снижение СКФ $41,8 \pm 4,6$ мл/мин.

2) При инфекционном БЭ, осложнённом клапанной патологией сердца происходит развитие ОПН, резистентной к консервативной терапии в стадии «риск» 6,4% «повреждения» в 58% случаев и «недостаточности» в 35,4% случаев, что требует начала ЗПТ в предоперационном периоде.

3) Повышенная концентрация в плазме крови PCT $5,1 \pm 0,8$ нг/мл (норма $\leq 0,05$ нг/мл) результат инфекционно-токсического процесса, который привёл к тяжёлой СН (уровень NT-proBNP (норма ≤ 125 пг/мл) 6371 ± 594 пг/мл) и к повреждению почечной паренхимы с развитием ОПН

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ УТОПЛЕНИЙ ДЕТЕЙ В ГОРОДЕ ТЮМЕНИ

Барбошин В.И

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., доц. Акселеров А.М.

С водой связаны все стороны жизни детей. Для большинства детей вода означает забавы, игры и приключения – в бассейне, в пруду, в озере или просто в лужах на дороге после ливня. Тем не менее, вода может представлять опасность. Маленький ребенок может захлебнуться в ведре, где глубина воды всего несколько сантиметров; может утонуть в ванне.

Ознакомившись с мировой статистикой утоплений в детском возрасте, мы решили проанализировать частоту и последствия утоплений у детей города Тюмени и Тюменского района.

Цель: определить количество утоплений у детей и выяснить от чего зависят результаты лечения таких детей.

Задачи:

1. Выявить возрастной состав утонувших детей;
2. Проанализировать качество первой помощи и специализированного лечения.

Материалы и методы исследования: проведён анализ историй болезни 11 детей, поступивших в ГБУЗ ТО «ОКБ № 2» в отделение реанимации и анестезиологии детского стационара, за 2008 - 2012 годы. Два ребёнка утонули в ванной во время мытья, 9 детей утонули во время купания в водоёмах. По возрасту, дети распределились следующим образом: до 1 года – 2 ребёнка (18 %), 1-3 лет – 3 утонувших (27 %), от 3 до 7 лет – 1 пациент (9 %), от 7 до 14 лет – 5 детей (46 %).

Проанализировав полученные данные, мы сделали следующие выводы:

1. Развитие патологических изменений в организме после утоплений зависит от того, сколько времени человек провёл под водой, от характера воды (пресная, солёная, хлорированная пресная вода в бассейнах), от её температуры (ледяная, холодная, тёплая), от наличия примесей (ил, тина и т. д.), от состояния организма пострадавшего в момент утопления (переутомление, возбуждение, алкогольное опьянение и пр.).
2. На изменения со стороны различных органов и систем после утопления влияет правильность и своевременность оказания пострадавшему первой медицинской помощи, а также время прибытия на место скорой медицинской помощи.

ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЛЕКСА ИММУНОГЛОБУЛИНОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СЕПСИСА У БОЛЬНОГО С ПЕРЕСАДКОЙ СЕРДЦА

Царькова Е.В.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., доц. Баялиева А.Ж.**

Пациент М. 49 лет, на 29е послеоперационные сутки после ОТС повторно переведен в отделение реанимации в тяжёлом состоянии. Причина перевода: инфекционно-токсический синдром, с явлениями сердечной недостаточности, подтвержденный клинико-лабораторными данными. У пациента снижен иммунный ответ, из-за применения высокодозной иммуносупрессивной терапии в связи с угрозой острого отторжения. Диагностирована левосторонняя нижнедолевая пневмония на КТ, в просвете катетера центральной вены - высеян стафилококк MRSA, из трахеи - Ps. aeruginosa. Выставлен диагноз: Состояние после ТС. Левосторонняя нижнедолевая пневмония. Инфекционно-токсический шок. ОПН, СПОН. Пациент переведен на заместительную терапию почечной недостаточности (высокообъемная гемодиализация).

Для лечения сепсиса и септического шока применялись: антибактериальная терапия по чувствительности, инфузии допамина и препараты иммуноглобулина человека (Октагам и Пентоглобин) в терапевтических дозировках. Продолжена иммуносупрессорная терапия в малых дозах.

Октагам содержит иммуноглобулины(Ig) класса G(IgG). Распределение подклассов IgG в препарате то же, что и в естественной плазме и имеет все свойства, характерные для здорового человека. Эффективные дозы препарата восстанавливают уровень IgG до нормального. Молекулы IgG не подвергаются химическому или ферментному воздействию.

Пентаглобин(П) содержит IgG и повышенные концентрации IgA и IgM с широким спектром антител против возбудителей различных инфекций и их токсинов. По процентному содержанию Ig, схож с плазмой крови, что позволяет вводить препарат в больших объемах при иммунозаместительной терапии. Из-за повышенного содержания IgA, и в особенности IgM, П имеет более высокий титр агглютинирующих антител против бактериальных антигенов, чем нормальные IgG-препараты. Введение П позволяет довести патологически низкую концентрацию Ig до нормального уровня. Препарат обладает иммуномодулирующим действием.

С 8х суток на фоне проводимой терапии состояние с положительной динамикой. Продолжена массивная антибактериальная терапия с учетом чувствительности. На 38е сутки в состоянии средней степени тяжести пациент переведен в профильное отделение.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МИОПЛЕГИИ ПРИ АНЕСТЕЗИИ И ФАРМАКОЛОГИЯ «ИДЕАЛЬНОГО МИОРЕЛАКСАНТА»

Мирсайзанова А.Р.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., доц. Баялиева А.Ж.**

На сегодняшний день неотъемлемой частью анестезиологического пособия с искусственной вентиляцией лёгких является применение препаратов, блокирующих нервно-мышечную проводимость. В настоящее время остается актуальным вопрос, касающийся создания нового, так называемого "идеального" миорелаксанта, характеристики которого: недеполяризующий механизм действия, высокая потенция препарата, быстрое начало действия близкое по времени к эффекту деполяризующих релаксантов (около 1 минуты), короткая предсказуемая продолжительность действия, быстрое восстановление нейромышечной активности, отсутствие способности к кумуляции, отсутствие гистаминлиберирующего эффекта, интактность действия при введении в клинических дозировках на сердечно-сосудистую систему, отсутствие активных метаболитов, наличие антагонистов.

Наиболее полно требованиям "идеального миорелаксанта" отвечает рокурония бромид. Недеполяризующий механизм действия исключает целый ряд таких побочных эффектов, как высвобождение калия и повышение его уровня в сыворотке крови, аритмии, мышечные фибрилляции, послеоперационная миалгия. У большинства пациентов клинически приемлемые условия интубации достигались через 60 с после введения рокурония в дозе 0,6 мг/кг. Клиническая продолжительность действия интубационной дозы составляет 30-40 мин и позволяет с высокой точностью определить время окончания эффекта. Эффекта кумуляции рокурония не отмечено, при этом промежутики времени между повторными болюсными одинаковыми дозами препарата равны. Предсказуемость эффекта наряду с наличием специфического релаксант-связывающего агента (антидота) - Сугаммадекса выделяет миоплегию рокуронием в отдельную управляемую и независимую часть общего анестезиологического пособия.

Вывод: Несмотря на значительные успехи в изучении механизма действия мышечных релаксантов в разных группах больных, наличие в арсенале анестезиолога большого набора методов и способов контроля нейромышечной проводимости, до сегодняшнего дня существует немало противоречий в области применения миорелаксантов. Поиски совершенного миорелаксанта продолжаются.

АНЕСТЕЗИЯ ПРИ СУБАРАХНОИДАЛЬНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЯХ У БЕРЕМЕННЫХ

Хабибулина А.Р.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - д.м.н., доц. Баялиева А.Ж.

Частота внутримозговых кровоизлияний (ВЧК) у беременных относительно небольшая и колеблется от 1 до 5 случаев на 10000, но учитывая неблагоприятный исход в структуре материнской смертности, достигают 10%. Субарахноидальное кровоизлияние (САК) – наиболее распространенная патология и составляет около 50% всех ВЧК у беременных.

Цель: изучить особенности ведения анестезии у беременных при выявлении и оперативном лечении САК.

Материалы и методы: обзор литературы.

Заключение: САК вызваны разрывом артериальных аневризм, либо артериовенозных мальформаций (АВМ). Необходимо совместное принятие решений о ведении беременной с САК нейрохирурга, акушера-гинеколога, неонатолога и анестезиолога-реаниматолога. Анестезиологическое обеспечение операций у беременной женщины – важный аспект данной проблемы.

Клиническая диагностика интракраниальной патологии затруднена, т.к. неврологические симптомы могут быть ошибочно приняты за проявления беременности. При установлении нейрохирургической патологии у беременных решение о проведении операции должно основываться на мнении нейрохирургов, чем акушеров.

После нейрохирургической операции в конце 2 или 3 триместра при стабильном состоянии плода беременность сохраняют до конца срока, в ином случае проводится кесарево сечение в условиях общей анестезии. При отсутствии выраженной неврологической симптоматики кесарево сечение проводится под регионарной анестезией (эпидуральная, спинномозговая).

Для проведения общей анестезии используется сбалансированная ингаляционная или тотальная внутривенная анестезии. Для ингаляционной анестезии используют изофлуран или севофлуран, в дозе 1-2 МАК.

Для поддержания гемодинамической стабильности матери и плацентарного кровообращения используют вазопрессоры с преимуществом действием на периферические сосуды для исключения спазма маточных сосудов - фенилэфрин.

Гипертензию контролируют урапидилом или нимодипином.

При проведении нейрохирургической операции и в непосредственном послеоперационном периоде необходимо присутствие акушера-гинеколога и неонатологической реанимационной бригады.

ШАГИ НОВОЙ ИСТОРИИ: К 45-ЛЕТИЮ ПЕРВОЙ В МИРЕ ПЕРЕСАДКЕ СЕРДЦА ЧЕЛОВЕКА

Лашманова Ю.В.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - д.м.н., доц. Баялиева А.Ж.

18 дней... столько предстояло биться первому в мире пересаженному человеческому сердцу... 45 лет назад 3 декабря Кристиан Бернард пересадил сердце 25-летней девушки, погибшей в автокатастрофе 55 – летнему Луису Вашкански, принявшему предложение врача стать первым пациентом с донорским сердцем. Операция была проведена успешно, но ослабленный под действием иммунодепрессантов иммунитет не справился с «подхваченной» в больнице пневмонией. Бернард работал, не обращая внимания на критику, и уже вторая проведенная им операция продлила жизнь человеку на 19 месяцев.

Примечательно, что всю свою жизнь он считал своим учителем русского кардиохирурга Демихова Владимира Петровича. Накануне той первой в мире операции по пересадке сердца он звонит Демихову через пол земного шара. Прилетев (уже после знаменитой операции) в очередной раз в Москву, оглядев ряды встречающих чиновников, воскликнул: «Простите, но я не вижу здесь моего учителя, господина Демихова. Где он?»

Встречающие чиновники недоуменно переглянулись: а кто это? Слава Богу, кто-то вспомнил, пришлось выкручиваться: господин Демихов не приехал из-за чрезвычайной занятости в Институте скорой помощи им. Склифосовского. Гость тут же изъявил желание немедленно оправиться к нему. Пришлось вести. В полутемном холодном подвале, где размещалась лаборатория первого в СССР отдела трансплантологии органов, и нашёл Бернард своего учителя...»

Трансплантация сердца – одна из сложнейших операций, как с технической, так и с морально – этической стороны. Последнее так же играло одну из причин в запаздывании проведения таких операций в России. Кроме того за всей деятельностью врачей данной направленности велся жесткий контроль политиков.

Только спустя 25 лет обойти идеологический запрет партии удалось Валерию Ивановичу Шумакову, которым была проведена успешная трансплантация сердца пациентке Александре Шальковой, прожившей затем более восьми лет.

Несомненно, важнейшей датой в трансплантологии Казанской школы является 29 декабря 2011 года, когда в МКДЦ была проведена первая в республике пересадка сердца 52-летнему мужчине с дилатационной кардиомиопатией. Вторая пересадка была осуществлена в январе 2012 года. Обе операции прошли успешно, пациенты находятся на диспансерном наблюдении.

БИМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА И МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО

ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ «ЧЕРНОБЫЛЬЦАМ»

Лакеева Ю.А.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.пол.н., асс. Хамитова Г.М.

Авария на Чернобыльской атомной электростанции, произошедшая 26 апреля 1986 года, стала беспрецедентной и самой масштабной техногенной катастрофой XX в., повлекшей неисчислимые экологические, демографические, социальные последствия.

Основным негативным результатом чернобыльской катастрофы стало радиационное воздействие на здоровье тысяч людей, проживающих на загрязненных территориях и тех, кто участвовал в ликвидации непосредственных последствий аварии.

Минздрав России и другие заинтересованные министерства не создали необходимых условий о реализации законных прав чернобыльцам, на бесплатное обязательное медицинское страхование по специальной базовой программ, предусматривающей организацию их медицинского и лекарственного обслуживания. Финансирование Целевой Федеральной программы «Жилье – ликвидаторам» «Преодоление последствий катастрофы на ЧАЭС» было фактически приостановлено. Бюджет не позволял погасить задолженность по выплатам пенсий и компенсаций.

Для людей, которые занимались ликвидацией последствий этой катастрофы, государством предусмотрена комплексная материальная помощь, включающая несколько различных льгот в зависимости от категории, личности ликвидатора и тех увечий, которые он получил. Проблема на данный момент состоит в том, что такие пенсии просто не выплачиваются государством. Поэтому чернобыльцы добиваются этих выплат в судебном порядке.

В настоящее время межведомственное взаимодействие по реализации конституционных прав граждан, пострадавших вследствие радиационных аварии осуществляется не эффективно. Контрольные функции федеральных и региональных органов власти исполняются эпизодично. Предложения общественности по нарушениям законности часто остается без должного внимания и реагирования. В результате чего одним бюджет не доплачивает, а другим – переплачивает.

Государству следует своевременно и регулярно проводить индексацию сумм возмещения вреда чернобыльцам и не допускать законодательных изменений, ущемляющих их права. Все это позволит государству выполнить свой долг перед людьми, потратившими здоровье на преодоление последствий крупнейшей радиационной катастрофы и в полной мере обеспечить реализацию их конституционных прав.

ЭВТАНАЗИЯ: МЕДИКО - СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ

Сенникова Е. С., Тусупбекова И. Н.
Тюменская государственная медицинская академия
Руководитель - к.м.н., асс. Сахаров С. П

Актуальность этой темы трудно переоценить, из-за того, что она связана с самым дорогим, что есть у человека, – с его жизнью, а также – по причине малой изученности данной проблемы, недостаточного её освещения в трудах учёных-юристов и практиков и реагирования. В результате чего одним бюджет не доплачивает, а другим – переплачивает.

Многочисленные споры по данной проблематике постоянно вспыхивают среди медиков, юристов, психологов, религиозных деятелей. Однако чёткого ответа на вопрос об оправданности практики эвтаназии так и не удаётся услышать.

Поэтому целью нашей работы явилось:

1. Изучение исторических и этических аспектов проблем эвтаназии;
2. Рассмотрение правовых и социальных проблем в России и в мире;
3. Проведение анкетирования среди сотрудников здравоохранения, студентов медицинской академии и людей, не относящихся к медицинской профессии г. Тюмени на проблему эвтаназии.

Материалы и методы исследования:

1. Проведён обзор литературы на тему эвтаназии.
2. Проведён подбор материала в электронном ресурсе: интернет.
3. Проведён социологический опрос.

Результаты:

Среди сотрудников здравоохранения: против эвтаназии 58,7%, за эвтаназию 41,3%;
Среди студентов: 3,6% не знают что такой эвтаназия, против эвтаназии 43,2% за эвтаназию 53,2%
Среди людей без медицинского образования: против эвтаназии 59,9%; за эвтаназию 40,1%

Выводы: По данным наших исследований против эвтаназии выступило: 55,2% опрошенных, за эвтаназию: 44,8%. Проблема эвтаназии до сих пор остаётся нерешённой. Вплоть до сегодняшнего дня к эвтаназии относятся по-разному; общественное мнение расколото до жёстко полярных точек зрения. Поэтому данная проблема эвтаназии требует всестороннего изучения (социальные, религиозные и правовые аспекты).

ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ В ОНКОЛОГИИ

Шахбазова Э.С.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., проф. Гурылева М.Э.

Несмотря на закрепленное в ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (2011) право пациента на информацию о состоянии своего здоровья (ст. 22), по прежнему остается не определенным объем и порядок его информирования. Эти вопросы, относящиеся к деонтологической составляющей деятельности врача, зависят от практикуемой модели взаимоотношений врач-пациент. Для России долгие годы ведущей моделью была патерналистическая, сегодня под влиянием демократических преобразований в нашей стране на первый план выходит совещательная модель. В то же время такая область медицины, как онкология, не подчиняется общим закономерностям.

Целью нашего исследования было выявление реализуемой модели взаимоотношений врачей-онкологов и их пациентов в г.Казани. Метод исследования: социологический опрос по специально составленной анкете. В течение года было проведено 2 опроса (в марте и в ноябре 2012г.). Объект исследования: врачи-онкологи Республиканского клинического онкологического диспансера. Объём выборочной совокупности первого социологического опроса составил 18, второго – 20 человек. Полученные результаты: 46,7%(I)-50%(II) врачей считают, что пациенту следует сообщать диагноз онкологического заболевания, при этом 16,6%(I) и 20%(II) используют индивидуальный подход. Лишь один из четырех онкологов учитывает мнение больного о готовности/неготовности обсуждать проблемы состояния собственного здоровья. Говорят всю правду о диагнозе 23,3%(I)-30%(II)врачей, 43,3%(I)-40%(II) - скрывают информацию и только 30% респондентов ориентируются на испрошенное согласие пациента. 90% врачей считают возможным и даже необходимым информировать о настоящем диагнозе родственников больного и только 10% делают это после получения согласия своего пациента. 10% практикуют информирование сослуживцев больного без его ведома, еще 25% учитывают мнение больного о возможном круге лиц, заинтересованных в получении информации о состоянии его здоровья. Заключение: проведенное исследование показало, что врачи-онкологи руководствуются патерналистическими взглядами, в ряде случаев нарушая права пациента на конфиденциальность информации. Введение в действие нового законодательства в области охраны здоровья не изменило отношения врачей-онкологов г.Казани к их пациентам.

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРАВА НА ПОЛУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖИТЕЛЯМИ Г. НАБЕРЕЖНЫЕ ЧЕЛНЫ

Николаева Т.Г.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., проф. Гурьева М.Э.**

Конституция РФ гарантирует всем гражданам право на медицинскую помощь (ч.1 ст. 41), которая согласно ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» может быть оказана в рамках реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи и платных медицинских услуг (ст.19). Цель исследования - выявление предпочтений населения г.Наб.Челны относительно вариантов получения амбулаторной медицинской помощи. Метод исследования – сплошной социологический опрос 49 жителей одного из малоквартирных домов. Респонденты были разделены на группы: учащиеся (18-24 года), работающее население (25-55ж/60м), пенсионеры(61 и старше). Учащиеся (18 человек) имели достаток ниже среднего уровня, обращаясь за медицинской помощью не чаще 1 раза в год в государственные учреждения. Они аргументировали свой выбор необходимостью получения справки (28%) и хорошим качеством обслуживания (24%). Лишь 12% из них хотели бы лечиться в частных медицинских центрах. Из 22 человек трудоспособного возраста достатком выше среднего обладали 28%, средним -17%. Частота обращения за медицинской помощью составляла 2-4 раза в год, поводом – диагностика(38%), профилактика (7%), лечение (55%). Все 100% предпочитали обращаться в частные клиники, аргументируя свой выбор удобным временем приема (34%), лучшим качеством обслуживания(10%), отсутствием очередей (30%) и широкими диагностическими возможностями (14 %). Пенсионеры (9 человек) имея достаток ниже среднего, обращались за медицинской помощью 4-8 раз в год, в поликлинику по месту жительства аргументируя свой выбор возможностью реализации права на ДЛО (89%), качественным обслуживанием (67%). Был сделан вывод о том, что учащиеся и пенсионеры предпочитают обращаться за медицинской помощью в государственные поликлиники по месту жительства, работающее население – в платные медицинские центры.

ЭТИЧНОСТЬ РЕКЛАМЫ И НАЗНАЧЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВОК

Сердинская И.Н.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., проф. Гурьева М.Э.**

Одной из тенденций современного общества является увеличение частоты потребления населением биологически активных добавок к пище (БАДов) с целью профилактики и лечения заболеваний, а также назначение их врачами. Так, по данным Всероссийского опроса ВЦИОМ (2012 г) 89% россиян знают, что такое БАДы, а каждый четвертый респондент (23%) их принимает сезонно (5%), 6% - курсами, 2% - регулярно или эпизодически. Среди городского населения уровень употребления БАДов достигает 30%. При этом 52% респондентов не знают, чем БАДы отличаются от лекарства, 70% покупают их в аптеке, а не в продуктовом магазине и уверены в их терапевтической эффективности. Реклама представляет БАДы эффективными средствами лечения заболеваний, и в 16% врачей рекомендуют их пациентам. Вместе с тем, имеются серьезные различия между лекарствами и БАДами. Последние не проходят тщательных клинических исследований, в отличие от препаратов не подлежат госрегистрации при которой определяется их терапевтическая эффективность. От БАДов требуется лишь микронутриентное описание нерегламентированное по объему, качеству и доступности информации. Как правило, эти описания поверхностны, а знания большинства медицинских работников не позволяют профессионально использовать даже эту информацию. Реклама же, опираясь на пробелы в законодательстве, представляет добавки к пище эффективными средствами лечения многих болезней, в результате чего здоровью больного наносится существенный урон, связанный с неэффективным лечением, запоздалым приемом лекарственных средств. Таким образом, реклама и распространение БАДов в настоящее время становится предметом этического регулирования.

ВРАЧ И ПАЦИЕНТ: ПРОБЛЕМА ВЗАИМООТНОШЕНИЙ

Булычева И.А.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.ф.н., ст.преп. Фахретдинова Л.М.**

Контакты врачей с пациентами относятся к числу таких событий, которые случаются каждый день многократно и повсюду в мире. Естественно, и для врача, и для пациента подобное событие всякий раз бывает уникальным. Это обуславливает выбор темы исследования и его актуальность.

Цель данного исследования – выявление субъективных оснований эффективности медицинского лечения.

Эффективность практической деятельности врача во многом зависит от того, насколько профессионально специалист организует взаимодействие с пациентами. Наиболее распространенным типом взаимодействия является дихотомическое деление: кооперация и конкуренция.

Таким образом, доверие к врачу остается обязательным компонентом лечебно-диагностического процесса. Известно, что врачи могут воздействовать на болезнь без всяких лекарств: примером может служить эффект плацебо.

Однако не всегда процесс взаимодействия пациента с врачом протекает благоприятно, часто возникают конфликтные ситуации. В этом случае важно уметь распознавать пациентов, использующих отношения с врачом в посторонних целях: их легко спутать с людьми, действительно стремящимися к плодотворному сотрудничеству в процессе лечения.

Существует ряд приемов, облегчающих работу с указанными выше типами пациентов. В этом врачу помогает этика и деонтология. К числу базисных принципов биомедицинской этики относятся следующие принципы: автономия, непричинение вреда, благодеяние, справедливость. В соответствии с этими принципами и должно строиться взаимодействие врача и пациента.

В решении назревших моральных проблем во взаимоотношениях врача и пациента главную роль играет дух моральной ответственности сторон, который зависит от выбора соответствующей модели отношений врача и пациента.

Таким образом, взаимодействие между врачом и пациентом в ходе оказания медицинской помощи – один из главных компонентов успеха. Самое популярное лекарство – сам врач, а если взглянуть на это глазами пациента, то личность врача – самое мощное из всех плацебо.

К ВОПРОСУ О СОХРАНЕНИИ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ В РАЗНЫХ СТРАНАХ

Иванцов Е.Н.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., доц. Максимов**

Вопросы о сохранении врачебной тайны и случаи, в которых часть информации, связанная с ней, как-то стала известна общественности, активно обсуждаются в странах западной Европы и США. Странам, считающим себя примерами развитой демократии, приходится лавировать между интересами отдельно взятого индивида (пациента) и общества. С одной стороны, неоспоримое право любого человека на неприкосновенность частной информации, а в особенности право на неприкосновенность медицинской информации, с другой – интересы общества, связанные с его безопасностью и здоровьем большого числа людей.

Целью исследования было изучение законодательного регулирования вопросов, связанных с врачебной тайной, в странах Европы, США и России.

В задачи исследования входило изучение основных юридических документов указанных стран, касающихся врачебной тайны, а так же выявление основных сходств и различий в подходах к регулированию вопросов врачебной тайны. Так как Россия идет по пути развития медицины по западноевропейским стандартам, в задачи исследования входило так же вынесение предположения о направлении дальнейшего развития медицинского права в сфере регулирования вопросов о врачебной тайне.

Материалами исследования являлись Федеральные законодательства стран Западной Европы, США и России, а так же законодательства отдельных штатов США, учитывая немалую возможную разницу с Федеральным законодательством.

Вопрос о врачебной тайне весьма полно раскрывается в законодательстве США и стран Западной Европы. Существует четкое деление на обязанность медицинского работника раскрыть медицинскую информацию, и допущение раскрытия этой информации по усмотрению самого медицинского работника. Различия в законодательстве в этих странах не значительны, и продиктованы в большинстве своем судебными прецедентами. В Федеральном законе РФ идет речь лишь о случаях допущения разглашения медицинской тайны. Таким образом, медицинская информация пациентов в России потенциально более защищена от государственного внимания. Однако это заключение лишь теоретическое, на практике же очень сложно пациенту в России защитить свое право на неприкосновенность медицинской информации ввиду различных факторов.

СТАНОВЛЕНИЕ ЮВЕНАЛЬНОГО ПРАВА В РФ: ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

Усова Н. Э.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.ю.н., асс. Смирнова О.М.**

В нашей стране юридические нормы, регламентирующие правовой статус несовершеннолетнего, фактически входят в состав многочисленных обособленных отраслей права, таких как уголовное, гражданское, семейное и других процессуальных отраслей. Определенно, это порождает спорные вопросы и пробелы в правовом регулировании общественных отношений с участием несовершеннолетних. По этой причине возникла необходимость формирования новой для отечественного права и законодательства ювенальной отрасли, которая, будет регламентировать деятельность специализированных органов, служащих для регулирования общественных отношений с участием несовершеннолетних. Первый ювенальный закон в России был принят в 1845 году. В 1910-1918 были организованы детские суды. Советская власть предложила вместо ювенальной системы правосудия воспитательную систему и общественно-партийный контроль. После Октябрьской революции детские суды были упразднены, а их дела переданы в комиссию по делам несовершеннолетних. На сегодняшний день в России множество государственных органов занимается проблемами детей в той или иной сфере их жизни и деятельности, однако вопрос о ювенальной юстиции остается неоднозначным и открытым. Хотя многие политики считают нецелесообразным создавать отдельную отрасль юстиции для защиты прав детей, многочисленные прецеденты показывают необходимость системного подхода к проблеме и решения ее при поддержке государства. Сегодня процесс формирования ювенального законодательства в РФ еще не завершён. Оно включает в себя всего 9 законов. 18 ноября 2011 г. в России введен ФЗ № 264736-5 «О внесении изменений в Федеральный закон "Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации" фактически закрепивший ювенальную юстицию. Главной целью этого закона является переориентирование внутренней государственной политики на приоритет прав ребёнка. Вопрос о ювенальной юстиции активно обсуждается в обществе около 10 лет. Это свидетельствует о существовании ряда проблем связанных с охраной прав и защиты детей. Решение этих проблем должно проходить системно, при поддержке государства. Они требуют особого юридического подхода.

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ ПО ДАННЫМ АВТОРСКОГО СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Якубова А.Ш.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., доц. Шакирова Л.З.**

Методом экспертного интервью весной 2012 года проведено социологическое исследование для выявления наиболее актуальных проблем биоэтического поведения врача в его практике.

При изучении мнения врачей различных специальностей по основным этическим вопросам в профессиональной деятельности определены две основные группы проблем. Так, первая группа опрошенных медиков, которая непосредственно имеет дело с пациентами, относит к биоэтике вопросы патернализма во взаимоотношениях врача и больного, отмечая, что главенствующая роль врача в таких отношениях замещается принципом «пациент всегда прав», что ведет к снижению роли специалистов-медиков в обществе.

Другая часть опрошенных отмечает проблемы, связанные с амбивалентностью поведения врача и ситуациями выбора наиболее оптимального решения ситуации. К таким актуальным и крайне неоднозначным проблемам специалисты относят: трансплантацию, эвтаназию, аборт, клинические испытания и эксперименты.

И, если первая группа выделенных проблем связана со спецификой изменений в самом обществе, внедрением в институт здравоохранения коммерческих и маркетинговых принципов управления, то вторая связана с недостатком нормативного регулирования в области актуальных проблем биоэтики в частности, и всего здравоохранения в целом. Именно нормативно-

правовой базе отводится значительное место в качестве причины современных нерешенных проблем биоэтики. Опрошенные придают особое значение роли закона в вопросах взаимоотношений врача и пациента, подчеркивая необходимость создания четкой правовой базы и этической комиссии, которая реально бы действовала.

Наше исследование проведено спустя полгода после выхода в свет нового закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», однако, по мнению респондентов, за это время существенных изменений во врачебной практике так и не произошло, что свидетельствует не только о серьезных проблемах в области биоэтического поведения отдельных специалистов, но и об инерции мышления медицинского сообщества в целом.

ЭТИКО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА – СТОМАТОЛОГА

Шибашова Т.Ю.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – к.м.н., доц. Максимов И.Л.

В настоящее время ориентация стоматолога на интересы людей - это правильный выбор с точки зрения профессиональной этики на стоматологическом приеме. Повышение уровня комфорта для пациента – один из основных способов повышения качества лечения, обслуживания. Для исхода лечения исключительно важным является характер отношений, который устанавливается при первом контакте пациента с врачом. У врачей – стоматологов прямое отношение к исполнению профессионального долга имеют их общемедицинская подготовка, владение современными методами профилактики, диагностики, лечения, строгое соблюдение правил внутренней (отношение к труду, дисциплина, дружелюбие и чувство коллегиальности) и внешней (приличие, хороший тон, соответствующий внешний вид) культуры поведения. В этическом кодексе специалистов стоматологического профиля представлены своды основополагающих при оказании помощи принципов профессионального поведения, которыми должен руководствоваться стоматолог. Также сегодня важно повышать правовую грамотность врачей. В последнее время врачи-стоматологи все чаще сталкиваются на практике с исками пациентов на компенсацию морального и материального вреда здоровью, с экстремизмом со стороны пациентов и др. Все это указывает на четкое соблюдение алгоритма правового поведения врача в той или иной конфликтной ситуации. Одним из способов решения конфликтов это медиация. Сегодня многие государственные и частные организации берут на вооружение медиацию для урегулирования внутренних и внешних конфликтов в своей профессиональной деятельности.

РАЗЛИЧИЯ ВРАЧЕБНОЙ ОШИБКИ И ХАЛАТНОСТИ

Фасхутдинов Р.И.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., доц. Максимов И.Л.

Цель данной работы – показать принципиальные отличия между такими понятиями как врачебная ошибка и халатность. Зачастую, эти термины путают. Халатность наказывается в уголовном порядке. Кроме этого возможно применение статьи о ненадлежащем оказании медицинской помощи. Причина, по которой обыватель не видит разницы между врачебной ошибкой и халатностью, очевидна: результат в обоих случаях один и тот же. А значит, трансформировать одно в другое (в процессе того самого обязательного выяснения причин) не так уж сложно.

Если врачебная ошибка содержит следующие признаки, то это уже преступная халатность:

- а) общественно опасное деяние образовалось в виде бездействия или действия, неисполнения или ненадлежащего исполнения должностным лицом своих обязанностей;
- б) неисполнение (ненадлежащее исполнение) должностным лицом своих обязанностей произошло вследствие недобросовестного (небрежного) отношения им к службе;
- в) общественно опасном последствии - существенном нарушении прав и законных интересов общества и государства;
- г) причинной связи между общественно опасным деянием и общественно опасным последствием.

Определив предельно четкие границы вины, условия наступления ответственности в каждом конкретном случае, мы можем делать выводы о правомерности действий медицинских работников по каждому случаю врачебной ошибки, что так актуально на данный момент.

ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

ОСОБЕННОСТИ РАЦИОНА ПИТАНИЯ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С КАРДИАЛЬНОЙ И ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Хасанова Э.Р., Зайдуллина А.В.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., асс. Пальмова Л.Ю.

Цель исследования: изучить особенности рациона питания у лиц, страдающих сердечно-сосудистой и эндокринной патологией.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 50 человек (25 больных, имеющих ишемическую болезнь сердца, гипертоническую болезнь, сахарный диабет и 25 здоровых лиц). Группа здоровых и больных была сопоставима по возрасту, полу и уровню образования. Сбор данных по питанию указанных выше контингентов осуществлялся по оригинальной анкете, разработанной сотрудниками кафедры внутренних болезней №2. Анализ анкетных данных дополнялся изучением индекса массы тела и биохимических показателей (общего холестерина, глюкозы, креатинина крови).

Результаты: все респонденты без исключения признают прямое влияние употребляемой пищи на состояние здоровья (88% среди больных и 96% среди здоровых). Тем не менее, несмотря на рекомендации врачей лишь 8% больных ограничивают в своем рационе жиры животного происхождения (сливочное масло, майонез, сардельки, колбасы и др.), в то время как среди здоровых этот показатель достоверно выше - 20% ($p < 0,05$). 72% больных вынужденно досаливают уже готовую пищу на столе, причем 8% из них - очень часто, в то время как среди здоровых лиц любителей соли оказалось в 1,8 раза меньше (40% против

72%; $p < 0,05$). Напитки без сахара (чай, кофе) употребляют лишь 24% из группы больных и 36% из группы здоровых лиц ($p > 0,05$). Наследственный анамнез по инфаркту миокарда в большей степениотягощен среди пациентов по сравнению с контрольной группой (32% и 16% соответственно, $p < 0,05$). ИМТ у больных – $27,3 \pm 1,18$ кг/м², у здоровых – $22,22 \pm 0,72$ кг/м² ($p < 0,001$), уровень ХС – $5,21 \pm 0,25$ мм/л и $3,54 \pm 0,17$ мм/л соответственно ($p < 0,001$), уровень глюкозы – $6,05 \pm 0,63$ мм/л и $4,4 \pm 0,15$ мм/л ($p < 0,05$); уровень креатинина $102,6 \pm 6,52$ мкмоль/л и $80,25 \pm 3,14$ мкмоль/л ($p < 0,001$).

Выводы: пациенты, имеющие хронические сердечно-сосудистые заболевания и сахарный диабет, при высокой осведомленности о влиянии питания на состояние здоровья и течение болезней не соблюдают в должной мере предписываемых врачами рекомендаций. Необходимо усилить профилактическую работу по соблюдению рационального питания, причем как среди больных, так и здоровых лиц.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЭКГ ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ

Валиуллина А.Н., Хасанова Э.А.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., асс. Ким З.Ф.

Цель: поиск новых диагностических возможностей изучения электрической нестабильности миокарда у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы: группа исследования - 104 пациента в возрасте 46–83 лет с ИБС. Всем больным провели исследование поздних потенциалов желудочков (ППЖ), используя метод записи ЭКГ без пространственного и временного усреднения сигнала. Регистрацию и анализ ЭКГ проводили на компьютерном кардиографе при поступлении больного, затем на 3,7 и 14 сутки госпитализации. Контрольная группа - 49 условно здоровых волонтеров (18–65 лет).

Критерии выявления ППЖ: длительность комплекса QRS > 114 мс; сигнал конечной части комплекса QRS < 40 мкВ; среднеквадратичное значение напряжения в последние 40 мс комплекса QRS < 25 мкВ.

ППЖ диагностировали при обнаружении 2 из 3 перечисленных критериев. Графические иллюстрации и расчеты выполнены с помощью пакетов Mathcad 2000 и STATISTICA for Windows 5.0.

Результаты: из 291 спектра 144 оказались нормальными с дисперсией от 0,002 до 1,52 (51,4%), 85 пуассоновских с константой распределения - от 0,0007 до 3,02 (30,3%), 62 релеевских с дисперсией от 0,004 до 1,11 (22,1%). Анализ показал, что для большинства записей с ППЖ распределения амплитуд подчиняются нормальному закону, т.е. субстратом появления ППЖ могут являться участки ишемии миокарда. Результаты анализа спектров вейвлет преобразований показали, что как и у условно здоровых, параметры ППЖ разных QRS комплексов пациентов распределены около среднего значения. Но, в отличие от группы контроля, в группе пациентов наблюдаются отклонения значения параметров ППЖ отдельных QRS комплексов от параметров ППЖ соседних QRS комплексов. Это объясняется нестабильностью миокарда при ИБС.

Выводы: отслеживание кратковременной и длительной эволюции амплитудного спектра сигнала ЭКГ и анализ спектров вейвлет преобразований – являются дополнительными методиками оценки кратковременных нарушений электрической нестабильности миокарда. Метод построения частотно-временной карты сигнала помогает выявлять новые высокочастотные составляющие сигналов ППЖ. Кросс-вейвлет корреляция записей в различных отведениях помогает определению очагов генерации различных частот в миокарде. Примененный метод представляется нам перспективным и требует дальнейших исследований в этой области.

ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА "БИАСТЕН" НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Гилязова Д.М., Самигуллина А.Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., асс. Пальмова Л.Ю.

Целью исследования явилось изучение влияния ингаляционного комбинированного препарата "Биастен" (одна доза содержит 100 мкг будесонида и 200 мкг сальбутамола) на клиническое течение и качество жизни пациентов с бронхиальной астмой. Материалы и методы: препарат "Биастен" применяли у 12 больных легкой и среднетяжелой астмой в течение 3 месяцев в суточной дозе 100–600 мкг в пересчете на будесонид в зависимости от исходного уровня контроля болезни. Анализ клинических данных (частота эпизодов одышки, ночные пробуждения из-за проблем с дыханием, переносимость физических нагрузок) сочетался с показателями качества жизни пациентов по русскоязычной адаптированной самозаполняемой версии специализированного опросника Asthma Quality of Life Questionnaire E.Juniper (AQLQ). Вентиляционная функция легких исследовалась на отечественном автоматизированном тахометрическом приборе АД-02 М до и через 20 минут после ингаляции короткодействующего β₂-агониста. Результаты: во всех случаях наблюдения отмечались положительные клинические сдвиги в симптоматике астмы, что подтверждалось данными дневников пациентов, и позитивные функциональные спирометрические изменения. Факт достоверного прироста уровня качества жизни к концу лечебного периода отмечался по всем 5 шкалам AQLQ ("Симптомы", "Ограничение активности", "Эмоциональная сфера", "Влияние окружающей среды" и "Общее качество жизни"). Наилучшие показатели были зафиксированы по домену "Симптомы" ($4,29 \pm 0,12$ баллов до лечения и $5,3 \pm 0,12$ баллов после лечения, $p < 0,001$), по домену "Эмоциональная сфера" ($4,12 \pm 0,2$ баллов до лечения и $4,98 \pm 0,22$ баллов после лечения, $p < 0,001$) и по домену "Общее качество жизни" ($4,49 \pm 0,08$ и $5,25 \pm 0,08$ баллов до и после лечения соответственно, $p < 0,001$). Таким образом, препарат "Биастен" позволяет улучшить контроль над нетяжелой бронхиальной астмой и достоверно повышает качество жизни больных данной патологией.

ОЦЕНКА МАССЫ ТЕЛА И ХАРАКТЕРА ПИТАНИЯ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ И ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ: ВЗГЛЯД ПАЦИЕНТА.

Хасанова Э.Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., асс. Пальмова Л.Ю.

Цель исследования: изучить мнение пациентов с кардиальной и эндокринной патологией о восприятии своей массы тела и характера питания посредством анкетирования.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 50 человек – 25 больных с кардиальной и эндокринной патологией и 25 здоровых лиц. Группы обследуемых лиц были сопоставимы по возрасту, полу и уровню образования. Опрос осу-

ществлялся по оригинальной анкете, разработанной сотрудниками кафедры внутренних болезней №2. ИМТ подсчитывался традиционным методом.

Результаты: в группе больных 48% оценили свой вес как избыточный (44%) и в 4% случаев как ожирение. Среди здоровых лиц 36% расценили свою массу тела как избыточную. Своим весом оказались недовольны 52% опрошенных из группы пациентов, в то время как среди здоровых этот показатель составил 40%. ИМТ у больных составил $27,3 \pm 1,18$ кг/м², у здоровых – $22,22 \pm 0,72$ кг/м² ($p < 0,001$). Большинство людей из 2-х групп никогда не пользовались диетами (60 и 64% соответственно). Тем не менее, в группе больных 36% когда-либо использовали различные диетические методики с целями улучшения самочувствия (70%), уменьшения проявлений своих болезней (50%), снижения массы тела (33%). Среди здоровых у 16% был опыт использования диет ($p < 0,05$), а цели в основном ограничивались желанием похудеть (55%) и стать красивее (33%). 72% опрошенных пациентов с сердечно-сосудистой патологией признали свое питание здоровым и только 28% неудовлетворительным с точки зрения соответствия нормам правильного питания. В контрольной группе лишь 44% оценили свое питание как здоровое ($p < 0,05$). Пациенты прибегали к советам по характеру употребляемой пищи в 64% случаев, а среди здоровых в 72%.

Выводы: в целом пациенты склонны адекватно оценивать свою массу тела. Относительно характера ежедневно употребляемой пищи имеется явная переоценка с точки зрения соответствия нормам здорового питания. Необходимо проводить просветительскую работу по снижению избыточной массы тела и приближению соответствия рационов питания к современным диетическим рекомендациям при хронической кардиальной и эндокринной патологии.

ФОСФОЛИПИДЫ И ЭТАНОЛАМИН МОЧИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ (ГБ) С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ (Гн).

Саубанова Э.И., Богданова А.Р., Архипов Е.В.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Сигитова О.Н.

Фосфолипиды и их метаболиты (этанолламин) входят в состав клеточных мембран. При заболеваниях почек выявлены нарушения метаболизма фосфолипидов, при Гн – не изучены.

Цель исследования: изучение фосфолипидов (ФЛ) и этаноламина (ЭА) в моче у больных Гн.

Материалы и методы: 30 пациентов с ГБ II-III стадии: М/Ж 10/20 от 38 до 78 лет ($54,4 \pm 1,9$). В зависимости от наличия или отсутствия протеинурии (ПУ) сформированы 2 группы: 1 группа – 14 пациентов без Гн – без ПУ (М/Ж=6/8, возраст $56,3 \pm 2,0$), 2 – 16 человек с Гн – с ПУ (М/Ж=4/12, $52,9 \pm 2,7$ лет). В группах выделены 3 подгруппы по степени артериальной гипертензии (АГ). 8 пациентов обследованы в период гипертонического криза. Контроль – 30 здоровых человек.

Обследование: анамнез, систолическое артериальное давление (САД, АД) и диастолическое (ДАД), уровень липоидного фосфора в моче (ФЛ) и ЭА в крови и моче (ЭАм).

Результаты: ЭА крови не изменялся в группах. Уровень ЭАм в 1-ой ($91,05 \pm 14,2$ мг/л) и во 2 группах ($121,2 \pm 20,1$ мг/л) был выше по сравнению с контролем ($43,8 \pm 2,0$ мг/л), $p < 0,05$. ФЛ мочи отсутствовали у здоровых, во 2 группе ($0,7 \pm 0,12$) их уровень был в 5 раз выше, чем в 1-ой ($0,14 \pm 0,09$), $p < 0,05$, что говорит о более выраженном повреждении мембран у больных с ПУ. Уровень ЭАм нарастал при увеличении степени АД: у больных ГБ без Гн с 1 степенью АГ ЭАм составил $68,1 \pm 9,5$ мг/л, со 2-ой – $102,3 \pm 3$ мг/л, и с 3-ей – $54716,9 \pm 133,2$ мг/л; аналогично у пациентов 2 группы (соответственно, $115,5 \pm 12$, $116,2 \pm 3,3$ и $178,1 \pm 11,7$ мг/л). ФЛ также зависят от степени АГ: в 1 группе появляются у пациентов с 3 степенью ($1,0 \pm 0,06$ мг/мл), во 2-ой нарастают при увеличении степени АГ ($0,92 \pm 0,05$, $1,09 \pm 0,08$ и $1,19 \pm 0,02$ мг/мл). При гипертоническом кризе у больных ГБ без Гн и с Гн уровень ЭАм резко повышался ($19592 \pm 131,88$ мг/л и $24342 \pm 113,2$ мг/л, соответственно) и появлялись ФЛ.

Заключение: фосфолипидные нарушения в моче в большей степени, чем в крови, отражают повреждение нефроцитов. Повышение уровня ЭАм коррелирует с уровнем АД, при гипертоническом кризе нарастает скачкообразно. ФЛ в моче отсутствуют у здоровых лиц, появляются у больных ГБ и резко нарастают при кризе. Т.о., уровни ФЛ и ЭАм зависят от уровня АД и не зависят от наличия или отсутствия ПУ, т.е. являются чувствительными и неспецифичными тестами повреждения нефроцитов при ГБ.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА В ЗАПАДНОМ РЕГИОНЕ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Сивак И.Д., Жубанов О.А.
Западно-Казахстанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Кудабаяева Х.И.

Цель исследования. Изучение напряженности зобной эндемии и факторов, влияющих на её развитие в регионе.

Методы исследования. В исследование включены школьники г. Актобе и Актюбинской области. В ходе эпидемиологических исследований обследовано 1022 школьника препубертатного периода в возрасте 9-11 лет (девочек – 60,7%, мальчиков – 39,3%) и 189 школьников пубертатного периода в возрасте 13-14 лет (девочек – 56,6%, мальчиков – 43,4%). В состав отобранных школ для исследования вошли 8 городских и 2 сельские школы, детский дом. Обследование проводилось методом пальпации врачом эндокринологом, во время плановых медицинских осмотров школьников. Размеры щитовидной железы оценивались по классификации ВОЗ (1994). Было проведено исследование содержания йода в поваренной соли. Использовался экспресс-метод «пятна» для качественного определения йода в поваренной соли.

Результаты исследования. Общий процент зоба по Актюбинской области составил – 53,4%. В экологически благополучных районах г. Актобе выявлено – 24,8% детей с увеличением щитовидной железы (девочек – 28,2%, мальчиков – 41,2%). В промышленной зоне – 80,6% детей с тиреомегалией (девочек – 75,6%, мальчиков – 86,9%). В городских школах – 33,7% зоба (девочек – 40,8%, мальчиков – 52,9%). В сельских школах – 42,3% тиреомегалии (девочек – 56%, мальчиков – 45,5%). В Алгинском детском доме – 84,2% детей с тиреомегалией (девочек – 52%, мальчиков – 37,9%). Из обследованных школьников пубертатного периода выявлено у 25,3% (у девочек – 28,8%, у мальчиков – 22,8%). Обследовано 420 проб йодированной поваренной соли, из них 23% с отрицательным результатом.

Заключение.

1. В Актюбинской области отмечается зобная эндемия тяжелой степени (ВОЗ).

2. Наиболее неблагоприятная обстановка отмечается в Детском доме и промышленных районах региона.

3. Низкое содержание йода в употребляемой населением йодированной поваренной соли.

4. С целью уточнения причины тиреомегалии и исключения влияния экологических факторов необходимо исследование йодурии.

СКРИНИНГ СИНДРОМА ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С ФАКТОРАМИ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ СТУДЕНТОВ 1 КУРСА ЧЕЛЯБИНСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ (ЧЕЛГМА)

Гаврилова Е.С.

**Челябинская государственная медицинская академия
Руководитель - д.м.н., проф. Яшина Л.М.**

Цель: выявить распространенность синдрома тревоги и депрессии среди студентов ЧелГМА. Материалы и методы: Проведено одномоментное сплошное эпидемиологическое обследование студентов 1 курса ЧелГМА с 10 по 25 декабря 2012 года. Обследовано 387 студентов: мужчин – 31,5%, женщин – 68,5%; средний возраст – 18,2 лет ($\sigma = -2,3$). Анкетирование проведено с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS (A.S.Zigmond, 1983), выявление статуса курения и употребления алкоголя осуществлялось согласно опроснику CINDI (Копенгаген, 1996). Проводилось измерение роста, веса, окружности талии, расчет индекса массы тела (ИМТ) Кетле (кг/м²). Оценка индекса массы тела и окружности талии проводилась согласно рекомендациям ВОЗ (1998). Статистический анализ материала проводился с помощью программы SPSS версия 17.0. Для оценки достоверности различий использовался критерий Стьюдента, для выявления корреляции - коэффициент Спирмана. Полученные результаты представлены в виде $M \pm m$. Различия считали достоверными при $p < 0,05$. Результаты: Субклинический уровень тревоги выявлен у 23,0-2,1% опрошенных, клинический – у 15,8-1,9% студентов. Субклинический уровень депрессии – у 14,2-1,7% респондентов, клинический уровень – у 3,6-0,9%. Среди опрошенных студентов курят 10,9-1,6%. Индекс пачка/лет – 2,8. Алкогольные напитки употребляют 69,7-2,3% студентов: употребляющие алкоголь в малых дозах - 68,5-2,4%, избыточно употребляющие алкоголь – 1,3-0,5%. Дефицит массы тела выявлен у 16,5-1,9% студентов, нормальный индекс массы тела – у 72,8-2,3%, предожирение – у 7,2-1,3%, ожирение I степени – у 1,3-0,6%. Абдоминальное ожирение выявлено у 5,7-1,2% опрошенных. Среди курящих лиц достоверно выше уровень тревоги ($r=0,4$, $p=0,0001$) и депрессии ($r=0,8$, $p=0,0001$). Уровень тревоги и депрессии достоверно выше в популяции респондентов, употребляющих алкогольные напитки ($r=0,3$, $p=0,001$ и $r=0,6$, $p=0,0001$ соответственно). В обследованной популяции повышение уровня тревоги и депрессии ассоциировано с увеличением ИМТ ($r=0,4$, $p=0,00001$ и $r=0,5$, $p=0,0001$ соответственно). Среди лиц с абдоминальным ожирением достоверно чаще встречаются лица с синдромом тревоги ($r=0,3$, $p=0,0001$) и депрессии ($r=0,6$, $p=0,0001$). Выводы: 1. Распространенность синдрома тревоги среди студентов 1 курса составляет 38,8-2,5%, синдрома депрессии – 17,8-1,9%. 2. Уровень тревоги и депрессии достоверно выше среди курящих и употребляющих алкоголь. 3. Уровень тревоги и депрессии ассоциирован с предожирением, экзогенно-конституциональным ожирением I степени и абдоминальным ожирением.

ОСОБЕННОСТИ ОБРАЗА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ И ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Гилязова Д.М. Вараксина Е.А.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., асс. Пальмова Л.Ю.**

Цель исследования: изучить параметры образа жизни пациентов с хронической сердечно-сосудистой и эндокринной патологией.

Материалы и методы: было обследовано 50 человек – 25 больных с ишемической болезнью сердца и /или гипертонической болезнью и хронической сердечной недостаточностью ФК I-II и /или сахарным диабетом и 25 человек, неотягощенных этими патологиями. Группы обследуемых лиц были сопоставимы по возрасту, полу и уровню образования. Особенности образа жизни изучались посредством анкетирования по оригинальной анкете, разработанной сотрудниками кафедры внутренних болезней №2.

Результаты: значительная доля пациентов имеет крайне низкую физическую активность в сравнении с лицами, неотягощенными кардиальной и эндокринной патологией (52% против 11%, $p < 0,01$). Из них 36% проходят до 100 м в день, 8% - до 500 м в день, 8% не выходят на улицу вообще. В то время как среди контрольной группы доля лиц, имеющих объем активности 1 км и более, составила 56%. Повышенный уровень глюкозы крови однократно, несколько раз или постоянно фиксировали 12%, 12% и 16% больных лиц соответственно. 12% пациентов с ишемической болезнью сердца и гипертонической болезнью вообще никогда не измеряли уровень сахара крови. Соответственно 48% всегда имели нормальный уровень гликемии против 84% среди здоровых лиц ($p < 0,001$). Повышенные цифры АД фиксировали 92% больных лиц, причем 48% из них – постоянно. При этом в группе больных отмечались значимые нарушения со стороны приема жидкости (злоупотребление объемом), соли и жирной пищи.

Выводы: физическая активность пациентов, страдающих хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями и сахарным диабетом, снижена. У больных с хронической кардиальной патологией без сахарного диабета периодически регистрируется несколько повышенный уровень гликемии. Необходимо более активно проводить профилактическую работу по увеличению дозированной физической активности в повседневной жизни пациентов с хронической сердечно-сосудистой и эндокринной патологией, а также более широко внедрять методы регулярного контроля АД и уровня гликемии натощак.

АНАЛИЗ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (ОПН) У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА (ИБС) ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ СЕРДЦА

Богданова А.Р., Архипов Е.В., Саубанова Э.И.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Сигитова О.Н.**

Пациенты с ИБС имеют высокий риск развития ОПН после оперативной реваскуляризации сердца.

Цель исследования: выявление факторов риска послеоперационной ОПН у больных с ИБС.

Группу наблюдения (1) составили 28 больных с ИБС (М/Ж=1/1, 69±1,7 лет) с ОПН, развившейся после операций реваскуляризации сердца, группу сравнения (2) – 28 больных с ИБС (М/Ж=6/1, 56,8±1,7 лет) с сохраненной функцией почек после операции.

Обследование: анамнез, клиника, липидограмма, общий анализ мочи, скорость клубочковой фильтрации (СКФ).

Результаты. ОПН развилась после экстренной коронароангиографии и стентирования коронарных артерий у 10 больных (35,7%), аорто-коронарного шунтирования в сочетании с маммаро-коронарным шунтированием — у 13 (46,4%), плановой коронароангиографии — у 5 (17,9%). Длительность ИБС в 1 группе — $9,1 \pm 1,2$ лет, во 2 — $5,4 \pm 1,3$ ($p < 0,05$). В обеих группах у 82,1% больных — постинфарктный кардиосклероз, у 67,8 % 1 группы и у 82,1% 2 группы — хроническая сердечная недостаточность I функционального класса (ФК); у 32,2% и у 17,9% — II ФК. У 85,7% в обеих группах — артериальная гипертензия (АГ), в 1 группе в 100% — III степени, во 2: I — 4,2%, II — 33,3 %, III — 62,5 %; уровень систолического АД, соответственно, $200 \pm 6,7$ и $174,4 \pm 5,9$ мм рт.ст. ($p < 0,05$), диастолического — $104 \pm 2,3$ и $96,8 \pm 2,5$ мм рт.ст. ($p < 0,05$); длительность АГ — $13,4 \pm 1,6$ и $12,2 \pm 2,2$ лет, $p > 0,05$. Курили, соответственно, 2 (7,1%) и 9 (32,1%), $p = 0,018$; индекс массы тела — $29,5 \pm 0,9$ и $29,07 \pm 0,6$ кг/м² ($p > 0,05$). Жалобы со стороны мочевых путей отсутствовали, относительная плотность мочи в группах ($1017,2 \pm 1,2$ и $1017,2 \pm 0,9$) не различалась. Различий в липидограмме, кроме ЛПНП ($3,13 \pm 0,12$ и $2,55 \pm 0,24$ ммоль/л, $p < 0,05$), не было. СКФ в 1 группе ($63 \pm 3,3$ мл/мин) была ниже, чем во 2-ой ($88,6 \pm 3,3$), $p < 0,005$.

Выводы. У пациентов с ИБС факторами риска развития ОПН оказались длительность ИБС, высокая степень АГ, наличие и выраженность ХСН, повышение ЛПНП, сниженная функция почек.

ПРИМЕНЕНИЕ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ ПЕРИНДОПРИЛ+АМЛОДИПИН У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Афандиева Г.З.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., доц. Подольская А.А.

Цель работы: изучение эффективности и переносимости фиксированной комбинации периндоприла 10 мг и амлодипина 5 мг у больных артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с острым коронарным синдромом (ОКС).

Материал и методы. В исследование были включены 30 больных (16 мужчин и 14 женщин) с АГ, госпитализированных в кардиологическое отделение ГБСМП №1 г. Казани с ОКС без подъема сегмента ST. Средний возраст пациентов в группе составил $64,3 \pm 1,59$ года. Стаж АГ у пациентов составил $15,55 \pm 1,99$ года. Индекс массы тела был повышен как у мужчин ($28,83 \pm 1,19$ кг/м²), так и у женщин ($30,29 \pm 0,98$ кг/м²). Острый инфаркт миокарда (ОИМ) в исходе ОКС диагностирован у 10 (33,3%) пациента, СН III-IV ФК — у 20 (66,6%) больных.

Пациенты в дополнение к традиционной терапии ОКС (антикоагулянты, дезагреганты, статины, β -адреноблокаторы) получали фиксированную комбинацию периндоприла 10 мг/сут и амлодипина 5 мг/сут (престанс 5/10 мг, фармацевтическая компания Сервье, Франция). Всем пациентам проводился ежедневный суточный мониторинг АД (СМАД). Статистическая обработка материала проводилась с использованием стандартного пакета программ STATISTICA.

Результаты. При поступлении в стационар 2-я степень повышения АД была выявлена у 12 пациентов (40%) и 3-я степень соответственно у 18 (60 %).

Исходный уровень среднего систолического и диастолического АД (мм рт.ст.) у пациентов составлял $173,16 \pm 4,17$ и $100,7 \pm 2,8$. Через 10 дней применения престанса в дозе 10/5 мг целевые цифры АД ($< 140/90$ мм рт.ст.) были достигнуты у всех 30 человек (100%): САД $128,4 \pm 2,3$ и ДАД $79,45 \pm 1,6$. ЧСС практически не изменялась, в начале исследования $78,5$ уд. в мин, на фоне приема $76,6$ уд. в мин. Применение престанса не сопровождалось выраженными изменениями липидного и углеводного обменов, а также ухудшением функции почек.

Прием препарата хорошо переносился больными. Побочные эффекты не выявлялись.

Выводы: Антигипертензивная терапия престансом обеспечила устойчивое пролонгированное снижение АД и отсутствие тахикардии на фоне приема препарата позволяет применять его для лечения АГ в сочетании с ОКС.

РОЛЬ ГЕНОВ СУПЕРОКСИДИСМУТАЗ В ФОРМИРОВАНИИ КЛИНИЧЕСКИХ ГЕНОТИПОВ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Афандиева Г.З.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., доц. Подольская А.А.

Цель исследования: привести мета-анализ литературных данных по полиморфизму генов семейства ферментов супероксиддисмутаз (SOD1, SOD 2 и SOD3) в формировании предрасположенности к ишемической болезни сердца (ИБС).

Методы исследования: мета-анализ научных публикаций, предоставленных базами данных PubMed, MedLine, Google.

Результаты: ИБС относят к многофакторному заболеванию, в патогенезе которого важную роль играют генетическая предрасположенность, которая с факторами окружающей среды может обуславливать нарушение регуляции различных биохимических процессов, приводящих к развитию данного заболевания. Сложный механизм формирования клинического фенотипа ИБС, а в частности, острого инфаркта миокарда (ОИМ) и стенокардии напряжения (СН), обусловлен большим количеством различных генов, вовлеченных в патогенез ИБС, однако роль генов, кодирующих ферменты антиоксидантной системы (АОС), при данной патологии, является недостаточно изученной. Гены АОС, в частности гены, кодирующие различные изоформы супероксиддисмутаз, выполняющих антиоксидантную функцию, могут играть большое значение в формировании генетически детерминированной предрасположенности к различным клиническим формам ИБС.

Изменение уровня SOD1 эритроцитов является важным фактором в развитии атеросклероза сосудов, наряду с дислипидемией. При ИМ SOD1 защищает миокард от действия свободных радикалов, образующихся при ишемии, при этом в сыворотке крови при ИМ регистрируется высокая активность фермента. Обнаружение больших концентраций SOD 1 в организме возможно при ОИМ. Полиморфизм гена SOD2 связан со степенью атеросклероза коронарных артерий у пациентов при ИБС. Показано, что гомозиготный по аллелю С генотип гена SOD3 ассоциирован с повышенным риском развития ИБС и ишемических церебрально-васкулярных заболеваний.

Заключение: необходимо отметить, что характеристика антиоксидантного статуса сыворотки крови и оценка влияния генетического полиморфизма генов супероксиддисмутаз на его изменение у больных ИБС в форме острого ИМ и СН напряжения требует проведения исследований для детального изучения в каждой отдельной популяции.

КАНАЛЬЦЕВАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИХ ВАРИАНТАХ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

Карпова О.Г.

Саратовский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Ребров А.П.

Актуальность. Снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) и появление микроальбуминурии (МАУ) свидетельствует не только о состоянии клубочкового фильтра, но и о канальцевой дисфункции (КД). В связи с этим, особое значение приобретает исследование ферментурии и $\alpha 1$ -микроглобулина мочи ($\alpha 1$ -Мг). При ПСА выделяют 5 клинико-анатомических вариантов поражения суставов: дистальный (ДВ), моноолигоартритический (МВ), полиартритический (ПВ), остеолитический (ОВ) и спондилоартритический (СВ). Представляет интерес возможность развития КД в зависимости от клинико-анатомического варианта ПСА.

Цель – изучить развитие КД у больных с различными формами ПСА.

Материалы и методы. В открытое исследование включено 64 больных, находившихся в ревматологическом отделении с 2010 по 2012 гг. с установленным диагнозом ПСА. Все больные разделены на 3 группы: 1-я – 6 (9,38%) пациентов с МВ, 2-я – 37 (57,81%) с ПВ, 3-я – 21 (32,81%) с СВ. Рассчитывали соотношение альбумин/креатинин (Ал/Кр), отношение $\alpha 1$ -Мг/креатинин ($\alpha 1$ -Мг/Кр), соотношение γ -глутамилтранспептидаза/креатинин (ГГТП/Кр), отношение лактатдегидрогеназа/креатинин (ЛДГ/Кр) утренней порции мочи (мг/г креатинина). СКФ рассчитывали по формуле MDRD.

Результаты. Возраст больных ПСА составил от 18 до 60 лет, средний возраст $44,89 \pm 12,22$ года. По возрасту и СКФ пациенты трех групп не различались. У больных ПСА содержание альбумина в моче ($p < 0,01$), $\alpha 1$ -Мг/Кр ($p < 0,001$), ГГТП/Кр мочи ($p < 0,05$), ЛДГ/Кр мочи ($p < 0,05$) статистически значимо выше во всех группах, чем у здоровых лиц контрольной группы. У пациентов 1-ой и 2-ой групп выявлены наибольшие значения соотношений Ал/Кр мочи ($p = 0,04$), $\alpha 1$ -Мг/Кр мочи ($p = 0,04$), ГГТП/Кр мочи ($p < 0,05$), ЛДГ/Кр мочи ($p < 0,01$).

Заключение. Установленное повышение содержания ферментов в моче и $\alpha 1$ -Мг/Кр мочи в сочетании с МАУ свидетельствуют о наличии КД у больных ПСА, наиболее выраженной у пациентов с МВ и СВ.

ПРИМЕНЕНИЕ БАКТЕРИОФАГОВ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

Хусаинова Д.Р.

Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Галяутдинов Г.С.

Бактериофаги (от бактерии и греч. *fagos* — пожиратель) — это особые представители царства вирусов. Особенность бактериофагов в том, что они приспособились использовать для своего размножения клетки бактерий. Они являются живыми микроорганизмами (это главное их достоинство), не нарушают микрофлору человеческого организма, а также не приводят к дисбиозу. Фаги можно сочетать с различными лекарственными препаратами, в том числе и с антибиотиками. Их преимущество заключается еще в том, что они обладают иммуностимулирующим эффектом и могут применяться в качестве профилактики инфекций.

Лекарственные препараты, в основе которых будут использоваться бактериофаги, могут в будущем быть высокоэффективным средством лечения и профилактики инфекций. Белки, которые являются основным строительным материалом вирусной клетки, по сути, представляют собой нечто иное, как лекарства нового поколения, к которым возбудители не смогут приобрести устойчивость. Последние лабораторные исследования, предоставили нам возможность детально изучить не только строение, но и все этапы взаимодействия фагов и патогенных бактерий-хозяев. Полученные знания дают возможность по-новому взглянуть на возможность их использования в терапевтических целях. Совершенствование номенклатуры существующих и выпуск новых лекарственных препаратов позволяют значительно увеличить диапазон заболеваний, в борьбе с которыми необходимо использовать бактериофаги.

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ВЕЛИЧИНУ pH ПОЛОСТИ РТА

Сунгатуллина Г. Р., Низамудинова Н. М., Шайхутдинов А. Р.

Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Галяутдинов Г.С.

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания являются ведущими среди причин инвалидизации и смертности во всем мире. Одним из наиболее распространенных синдромов является хроническая сердечная недостаточность (ХСН). ХСН характеризуется длительным и прогрессирующим течением. Развитие заболевания приводит к быстрому развитию дистрофических явлений в костной части пародонта, что вызывает нарушение прикрепления зубов и нередко приводит к их потере.

Материалы и методы исследования. Были обследованы лица возрастной категории от 45 до 87 лет. Первая группа ($n=25$) являлась контрольной (здоровые лица), в то время как участники второй группы ($n=15$) имели ХСН II А-II Б ст. II-III ФК. В первой и второй группах обследованных измерялось исходное состояние pH полости рта. В последующем проводилась углеводная нагрузка и, через каждые 5 минут в течение часа, измерялось pH полости рта с помощью «pH-Tester. Electrode Checker 1» и универсальной индикаторной бумаги pH 0-12.

Результаты. У больных с ХСН II А-II Б ст. II-III ФК в полости рта без углеводной нагрузки наблюдается состояние алкалоза. На 15 минуте после углеводной нагрузки pH слюны в контрольной группе падает в среднем до $4,7 \pm 0,24$ UE, а в опытной группе до $4,6 \pm 0,15$ UE ($p < 0,05$). Возврат pH к исходным значениям происходит более интенсивно во второй группе пациентов. На 60 минуте pH слюны лиц контрольной группы повышается до $7,2 \pm 0,04$ UE, а второй группы - до $7,7 \pm 0,12$ UE ($p < 0,05$).

Заключение. В ходе исследования было выявлено, что при ХСН II А-II Б ст. II-III ФК показатели pH полости рта находятся в пределах от 7,5 до 8 UE, среда полости рта более щелочная и, после углеводной нагрузки, идет более быстрое возвращение показателей до исходного уровня при сравнении с контрольной группой. Можно предположить, что у больных с хронической сердечной недостаточностью риск возникновения заболеваний пародонта увеличивается.

НЕКОТОРЫЕ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ В ПЕРИОД РЕЛИГИОЗНЫХ ПОСТОВ

Галиева З, Карпова Л.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Ишмуралин Г.П.

Целью настоящего исследования явилось изучение гемодинамических показателей сердечно-сосудистой системы в период религиозных постов.

Материалы и методы. В исследование включено 15 пациентов (11 женщин и 4 мужчин) в возрасте от 50 до 60 лет (средний возраст $55 \pm 2,2$ года). Основную группу составили 8 человек, которые соблюдали пост, а в контрольной группе из 7 человек не ограничивали диету во время религиозных постов. С целью оценки гемодинамических показателей измеряли артериальное давление (АД) общепринятым методом, частоту сердечных сокращений (ЧСС) до и после физической нагрузки. Физическая нагрузка заключалась в 10 приседаниях. Учитывали патологию других органов и систем, конституциональные особенности.

Результаты. Среди исследуемых выявлено с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, стенокардии 1-2 функциональных классов - 5 (33,3%), из них в контрольной группе - 2, основной - 3 чел. В обеих группах по одному человеку (13,3 %) с язвой желудка вне обострения. Среди вредных привычек (курение, злоупотребление алкоголем) в основной группе 1 (6%) и 2 человека (12%) в контрольной группе.

В основной группе систолическое и диастолическое АД значимо не менялось как до физической нагрузки ($125 \pm 2,4$ и $75 \pm 0,7$ мм.рт.ст.), так и после нагрузки ($130 \pm 2,1$ мм.рт.ст.), ($80 \pm 2,3$ мм.рт.ст.) соответственно. ЧСС до нагрузки составил от 68 до 80 сердечных сокращений в 1 мин ($74 \pm 3,1$), а после физической нагрузки ЧСС составил от 70 до 80 ($75,5 \pm 3$).

В контрольной группе до физической нагрузки показатели систолического и диастолического АД в среднем составили $135 \pm 7,4$ и 87 ± 4 мм.рт.ст. соответственно. ЧСС в этой группе в среднем до физической нагрузки составил $76 \pm 5,7$ в мин, а после физической нагрузки систолическое и диастолическое АД составили в среднем $150 \pm 7,3$ и $85 \pm 5,9$ мм.рт.ст. соответственно, а ЧСС - $84 \pm 4,5$.

В основной группе преобладал нормостенический тип конституции, тогда как в контрольной группе - гиперстенический.

Выводы. Таким образом, соблюдение ограничений в диете во время религиозных постов положительно влияет на гемодинамические показатели сердечно-сосудистой системы.

ОТНОШЕНИЕ ПАЦИЕНТА К СТРАТЕГИИ ЛЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Галимова А.А.
Казанский государственный медицинский университет
Руководители - к.м.н., доц. Якупова С. П., к.м.н., асс. Шамсутдинова Н.Г.

Стратегия лечения ревматоидного артрита (РА) до достижения цели (TreatToTarget - T2T) предполагает взаимодействие врача и пациента. Успешное достижение цели возможно только при наличии понимания пациентом стратегии терапии.

Цель: оценить отношение пациента к возможности лечения РА до достижения цели, определить возможные трудности в понимании пациентами стратегии T2T.

Материалы и методы исследования: В ходе исследования было интервьюировано 30 пациентов с установленным диагнозом РА, посетивших амбулаторно ревматолога в поликлинике РКБ МЗ РТ. Использовалась разработанная нами анкета, включающая в себя 51 вопрос.

Результаты: Включено в опрос 30 человек: 27 женщин (91 %), 3 мужчин (9 %). Средний возраст составил $46,6 \pm 3,6$ лет. БПВП получали 90% пациентов: 6,7 % (2 чел) - принимают сульфасалазин, 76,7 % (23 чел) - метотрексат, 3,3 % (1 чел) - лефлуномид, 3,3% (1 чел) - азатиоприн. Из них 46% больных ожидают от приема БПВП уменьшение скорости прогрессирования процесса, 19% ожидают полного выздоровления, 20% ждут более эффективного обезболивания, 19% просто выполняют назначения врача. 3 чел. (10%) не получали БПВП. 10 % пациентов считают, что возможно излечение от РА, 80 % - что нет, а 10% не знают. При этом все пациенты знают, что их может ожидать в случае отсутствия лечения (обездвиженность, инвалидизация). Всем пациентам врач объяснял тактику лечения их заболевания, однако 15% пациентов она оказалась непонятной. Вероятно, это можно объяснить небольшим количеством времени, которое врач уделял беседе с пациентом: в среднем, от 5 до 10 минут. Все пациенты указали, что смогли задать вопросы врачу и все получили на них ответы, однако 30% определили объяснения доктора как недостаточно понятные, 100% пациентов отметили, что объяснения на иллюстрациях были бы удобны. Часть больных (42,4%) пугает необходимость постоянного контроля за заболеванием, в основном, из-за строгого предписания пожизненного приема лекарственных препаратов (36,3%) и повреждения других органов - печени (18%). Ни один из опрошенных пациентов никогда не посещал школы для пациентов с РА, при этом 80% отметили необходимость таких занятий и выразили свое желание участвовать в образовательных программах для больных с РА. 77% пациентов с РА общались с другими пациентами.

МЕТОД РЕГИСТРАЦИИ ПРОСТРАНСТВЕННОЙ ДИНАМИКИ РОСТА СГУСТКА В ДИАГНОСТИКЕ НАРУШЕНИЙ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ

Нурхаметова Д.Ф.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Мустафин И.Г.

Гемостаз представляет собой защитную систему организма, которая, с одной стороны, обеспечивает сохранение крови в жидком состоянии, а с другой - предупреждение и купирование кровотечений. Для понимания механизмов свертывания крови необходимо рассматривать его не только как каскад, но и как систему пространственно разнесенных реакций, в котором диффузия факторов свертывания играет не менее важную роль, чем биохимический каскад.

Большинство методов оценки свертывания крови отличается таким недостатком, как отсутствие пространственной неоднородности. В результате нарушаются естественные фазы формирования тромба.

В последние годы, был разработан метод регистрации пространственной динамики роста сгустка, принцип которого заключается в активации свертывания в перемешиваемой плазме слоем иммобилизованного тканевого фактора. Растущий сгусток регистрируется камерой по светорассеянию методом темного поля. Принципиальным нововведением является простран-

ственная неоднородность и локализация активации свертывания. Благодаря этому можно наблюдать определенные фазы свертывания. Первая – формирование начального сгустка около активатора, вторая – его распространение в пространстве (именно эта фаза является уникальной) и третья – остановка роста сгустка. Эта методика может использоваться для диагностики гиперкоагуляции у пациентов, имеющих тромбофилические состояния, так как рутинные методы определения показателей гемостаза оказываются недостаточно информативными. У таких пациентов повышена скорость роста сгустка, в то время как значения стандартных тестов свертывания лежат в пределах нормы. Склонность к кровоточивости при гемофилии также детектируется изменениями в этой фазе. Выявление связей между нарушениями функций отдельных молекул и патологиями, наблюдаемыми на уровне всей системы, показывает, что каждая стадия свертывания контролируется своей реакцией.

Установление конкретного уровня нарушения процесса свертывания крови открывает возможность создания лекарственных препаратов, направленных на «точечные воздействия» в системе свертывания.

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ВРАЧЕЙ ОБ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ

Шамес Д.В.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Якупова С.П.**

Цель исследования: изучение знаний врачей о диагностике и тактике лечения инфекционного эндокардита.

Материалы и методы: исследование проводилось в виде анкетирования врачей терапевтических отделений многопрофильной клиники г.Казани. Было опрошено 29 человек. В анкету включены вопросы, сгруппированные в 3 блока: диагностика, этиология, терапия инфекционного эндокардита. Среди опрошенных были врачи разных специальностей: терапевтов - 19 человек (65%), нефрологов - 2 человека (7%), кардиологов - 4 человека (14%), ревматологов - 2 человека (7%), пульмонологов - 2 человека (7%). Стаж по указанной специальности: менее 5 лет - 21 человек (72%), 5-10 лет - 2 человека (7%), 10-20 лет - 6 человек (21%).

Результаты: 12 (41%) опрошенных смогли правильно выделить критерии инфекционного эндокардита. 16 человек (55%) выбрали трансэзофагеальный метод ультразвуковой диагностики инфекционного эндокардита, как достоверный. Точно определили ведущих возбудителей инфекционного эндокардита 8 человек (27%). 9 опрошенных (31%) правильно выделили наиболее типичный возбудитель при факторе риска инфекционного эндокардита при инвазивных манипуляциях на крупных сосудах и сердце и внутривенной наркомании, 11 человек (38%) правильно выявили наиболее типичный возбудитель при факторе риска инфекционного эндокардита при посещении стоматолога. При выборе antimicrobных препаратов для конкретных возбудителей было получено от 28% до 41% правильных ответов. На вопрос о выборе длительности antimicrobной терапии для конкретных возбудителей было получено от 48% до 69% правильных ответов.

Выводы:

Проведенное исследование показало низкую информированность врачей о диагностике и тактике лечения инфекционного эндокардита. Только 41% респондентов смогли выделить критерии инфекционного эндокардита (критерии Duke) и их сочетание, необходимое для постановки вероятного или определенного диагноза инфекционного эндокардита. Менее половины врачей обладает необходимыми знаниями по подбору терапии инфекционного эндокардита с известным возбудителем. Необходимо проведение дополнительных образовательных программ для повышения уровня знаний по инфекционному эндокардиту.

КОМБИНИРОВАННЫЕ ПРЕПАРАТЫ В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Якупова А.Ш., Горелкин И.В.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Галева З.М.**

Актуальность: Наиболее важным при лечении пациента с артериальной гипертензией (АГ) является достижение целевого уровня артериального давления (АД), так как именно снижение АД приводит к уменьшению частоты сердечно-сосудистых заболеваний и смертности. При лечении больных АГ величина АД должна быть менее 140/90 мм рт.ст. В дальнейшем, при условии хорошей переносимости, рекомендуется снижать АД до 130–139/80–89 мм рт.ст. Во многих случаях для достижения целевого уровня требуется комбинированные препараты. В последние годы все большую популярность приобретает комбинация иАПФ и АК.

Цель работы: оценить гипотензивный эффект нового комбинированного гипотензивного препарата престанс (амлодипин+периндоприл) у пациентов с гипертонической болезнью.

Методы исследования: общеклинические методы, ЭКГ.

Полученные результаты: в течение 3 месяцев наблюдались 10 пациентов (средний возраст 57,2 года). Из которых женщины составляли 80%, мужчины 20%. Средний индекс массы тела – 30,5. Средняя длительность гипертонии – 11,8 лет. 40% пациентов не получали терапии до начала исследования, остальные принимали гипотензивные препараты, которые были недостаточно эффективны. Сахарным диабетом 2 типа страдали 4 пациента. Среднее систолическое артериальное давление (САД) до начала лечения составляло 162,5 мм рт.ст., среднее диастолическое артериальное давление (ДАД) – 98 мм рт.ст., средняя частота сердечных сокращений – 76,1 уд./мин. В течение первого месяца производился подбор дозировки комбинированного гипотензивного препарата и при необходимости добавлялись гипотензивные препараты других групп. К концу исследования среднее САД составляло 126,3 мм рт.ст., ДАД 78,7 мм рт.ст., ср. ЧСС – 63,1 уд/мин. 30% пациентов принимали комбинацию амлодипин 5 мг+периндоприл 5 мг, 60% - 10мг+10 мг, 10% - 10 мг периндоприла+5 мг амлодипина. Дополнительно 3 пациентам с комбинацией 10 мг+10 мг были добавлены мочегонные (1 человеку), бета-адреноблокаторы (1 человеку) и мочегонные + бета-адреноблокаторы (1 человеку).

Заключение: комбинированный гипотензивный препарат (периндоприл + амлодипин) действительно эффективен в плане снижения как САД (на 36,2 мм рт.ст., $p < 0,005$), так и ДАД на 19>9 мм рт.ст., $p < 0,05$). При этом наблюдалось достоверное снижение средней ЧСС на 13 уд./мин ($p = 0,07$).

ПОРАЖЕНИЕ СУСТАВОВ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА

Галяутдинова З. Ф.

Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., доц. Абдулганиева Д. И.

Актуальность проблемы воспалительных заболеваний кишечника обусловлена постоянно растущим уровнем заболеваемости, в том числе и среди населения трудоспособного возраста, наличием широкого спектра внекишечных проявлений. Поражение суставов является самым частым внекишечным проявлением воспалительных заболеваний кишечника, их частота колеблется по данным разных авторов от 5 до 20% случаев.

Целью нашей работы являлось изучение частоты и характера артропатий при воспалительных заболеваниях кишечника.

Материалы и методы: нами был проведен анализ 502 случаев воспалительных заболеваний кишечника по данным единого регистра пациентов республики Татарстан на февраль 2013 года (среди них — 278 случаев язвенного колита и 224 случая болезни Крона).

Результаты исследования: при изучении данной группы пациентов было выявлено 245 случаев (48,8%) внекишечных проявлений, среди них 137 случаев (55,9%) при язвенном колите и 108 случаев (44,1%) при болезни Крона. Поражения суставов при воспалительных заболеваниях кишечника наблюдались в 65 случаях (12,9%), составляя 26,5% среди всех внекишечных проявлений при данных заболеваниях. Среди них — анкилозирующий спондилит в 11 случаях (2,2%), 8 случаев (2,9%) — при язвенном колите и 3 случая (2,8%) при болезни Крона. Артропатии различной локализации при воспалительных заболеваниях кишечника наблюдались в 54 случаях (10,8%), из них 32 случая (11,5%) при язвенном колите и 22 случая (9,8%) при болезни Крона.

Выводы: частота внекишечных проявлений воспалительных заболеваний кишечника достаточно высока, при этом поражение суставов — одно из наиболее часто встречаемых проявлений данных заболеваний. Частота поражения суставов при язвенном колите и болезни Крона примерно одинакова, в структуре поражений суставов преобладают периферические артропатии, анкилозирующий спондилит встречается реже.

БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКИ В РТ

Якупова Ю.Э., Древин Д.М.

Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Якупова С.П.

Ревматоидный артрит (РА) является одним из наиболее часто встречающихся системных заболеваний соединительной ткани, который носит эрозивно-деструктивный характер, значительно снижает качество жизни пациентов. Известно, что прием базисных препаратов (DMARDs - disease modified antirheumatic drugs) достоверно уменьшает скорость и выраженность прогрессирования заболевания при условии достижения эффективной терапевтической дозы препарата и соблюдения режима приема.

Цель работы: изучить структуру приема базисных препаратов, получаемых больными РА в Республике Татарстан, используя метод интервьюирования пациентов.

Материалы и методы исследования: В ходе исследования было интервьюировано 30 пациентов с установленным диагнозом РА, посетивших амбулаторно ревматолога в поликлинике РКБ МЗ РТ. Использовалась разработанная нами анкета, включающая в себя 51 вопрос.

Результаты: Опрошено 91 % женщин, 9 % мужчин. Средний возраст составил $46,6 \pm 3,6$ лет. БПВП получали 90% пациентов: 6,7 % (2 чел) - принимают сульфасалазин, 76,7 % (23 чел) – метотрексат, 3,3 % (1 чел)- лефлуноמיד, 3,3% (1 чел)- азатиоприн. 3 чел. (10 %) не получали БПВП (1- была беременна; 1- не назначили в районе; 1- считает его дорогим). Диагноз РА выставлен через $6 \pm 3,46$ лет от начала заболевания. Несмотря на то, что длительность заболевания составила $12 \pm 4,5$ лет, продолжительность приема метотрексата составляет лишь $2,76 \pm 1$ лет. Средняя доза метотрексата составила $9 \pm 1,14$ мг. Положительный эффект от приема метотрексата отмечают 56,5% (13 чел), от лефлуномида - 3,3% (1 чел), от азатиоприна - 3,3 % (1 чел) пациентов в виде уменьшения числа обострений и замедлении прогрессирования заболевания.

Выводы: Необходимо отметить достаточно позднюю диагностику РА – в среднем через 6 лет от начала заболевания, и очень позднее назначение базисных препаратов, которые должны назначаться в первые месяцы после постановки диагноза. Среди базисных препаратов преобладает метотрексат, который является «золотым стандартом» при РА, но назначаются очень низкие дозы.

МИЕЛОМНАЯ НЕФРОПАТИЯ

Бичурина Д.М., Чернова Ю.В.

Саратовский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., асс. Волошинова Е.В.

Множественная миелома (ММ) – злокачественная опухоль системы В-лимфоцитов, состоящая из перерождённых плазматических клеток одного клона, синтезирующих неполноценный иммуноглобулин. Нефропатия является ведущим клиническим проявлением ММ и развивается у одной трети пациентов.

Цель исследования – изучить особенности течения миеломной нефропатии (МН).

Проанализированы истории болезни 30 больных, находившихся с 1998 по 2012 гг. в нефрологическом отделении Областной клинической больницы по поводу миеломной нефропатии.

Группа состояла из 13 женщин и 17 мужчин. Средний возраст женщин – 58,3 лет [45; 74], мужчин – 55,9 лет [23; 89]. Поводом для госпитализации послужило: хронический гломерулонефрит - у 9 пациентов (30%), острое почечное повреждение (ОПП) - у 8 (26,6%), хронический пиелонефрит у 2, острый тубулоинтерстициальный нефрит, диабетическая нефропатия, инфекционный эндокардит – по 1 соответственно, изменения в анализах крови (анемия) и мочи (протеинурия) - у 2 пациентов. В качестве направительного диагноз «ММ» фигурировал у 4 пациентов из 30. Таким образом, 26 пациентам диагноз множественной миеломы был впервые выставлен только в отделении нефрологии Саратовской ОКБ, несмотря на наличие патогномич-

ных симптомов болезни на догоспитальном этапе. В рамках ММ у 3 пациентов развился – AL - амилоидоз с формированием нефротического синдрома.

На момент установления диагноза 1 стадия ХБП была выявлена у 3-х пациентов (10%), 2 стадия ХБП у 1 больного (3,3%), 3 стадия у 4-х (13,3%), 4 стадия у 3-х (10%), 5 стадия ХБП у 19 человек (63,3%).

Всем 8 пациентам с ОПП потребовалось выполнение острого гемодиализа. В исходе у 2 пациентов наблюдалось восстановление функции, 6 были переведены на заместительную почечную терапию хроническим гемодиализом. Специфическая полихимиотерапия (ПХТ) ММ была назначена 10 (33,3%) пациентам из 30.

Выводы. По данным нашего наблюдения установлено, что средний возраст пациентов с ММ существенно меньше, чем это принято считать. Обращает внимание выявление МН на поздних стадиях ХБП у подавляющего числа пациентов, что говорит о трудностях диагностики и недостаточной осведомленности врачей общей практики о данной патологии. Ограниченное число пациентов, взятых на ПХТ также связано диагностикой ММ на далеко зашедших стадиях.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНЫМ АМИЛОИДОЗОМ

Бичурина Д.М., Чернова Ю.В.
Саратовский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., асс. Волошинова Е.В.

Амилоидоз - группа заболеваний с разнообразием клинических проявлений, вызванных системным или локальным отложением в межтканевой ткани фибриллярных белковых масс, имеющих общую физическую структуру. Наиболее распространены AA- и AL-формы системного амилоидоза, протекающие с вовлечением в патологический процесс многих органов, в первую очередь – почек.

С 2007 года на базе нефрологического отделения Областной клинической больницы

г. Саратова ведется учет больных с амилоидозом. Количество обследованных - 59 человек. Средний возраст пациентов - 52,7 года: мужчин - 30 человек, женщин -

28 человек. AL-амилоидоз отмечался у 17 человек (28,8%), AA-амилоидоз – у 42 (71,2%). Средний возраст больных AL-формой составил 53,6 года, AA-формой – 52,6 года. Поражение почек встречалось в 100% случаях. Частота нефротического синдрома при AL-амилоидозе составила 88,2%, при AA-амилоидозе – 71,4%. У 6 пациентов AL- амилоидоз сформировался в рамках множественной миеломы.

У большинства пациентов с AL-амилоидозом (41,2%) на момент установления диагноза констатирована 3 стадия хронической болезни почек (ХБП), у больных с AA-амилоидозом у большинства (40,5%), диагноз выставлен на 5 стадии ХБП, на 2 и 3 стадии – у 13 % (по 8 пациентов) при каждой стадии.

Поражение органов желудочно-кишечного тракта при AL-амилоидозе встречалось в 47,1% случаев, при AA-амилоидозе - в 38,1%. Увеличение размеров печени по данным УЗИ встречались примерно с одинаковой частотой: в 47,1% и 40,5% случаев при AL- и AA-формах соответственно. Частота поражений сердца при с AL-амилоидозе значительно выше (41,2%) , чем при AA (9,5%).

Гипертония при AA-типе встречалась у 61,9% пациентов, при AL- типе - у 70,6%. При AA-амилоидозе гипотония отмечалась у 5 пациентов из 42, при AL- амилоидозе - у 4 из 17.

Выводы. По данным нашего наблюдения установлено, что системный амилоидоз встречается практически с одинаковой частотой у мужчин и женщин. Наиболее распространенной является AA-амилоидоз, при этом AL-форма не является эксклюзивной. Средний возраст пациентов с AL- амилоидозом существенно меньше, чем это принято считать. Обращает внимание диагностика обеих форм амилоидоза на поздних стадиях ХБП, что свидетельствует о недостаточной информированности врачей в отношении этой формы патологии.

ЛЕКАРСТВЕННОЕ ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК

Чернова Ю.В., Бичурина Д.М.
Саратовский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., асс. Волошинова Е.В.

Лекарственное поражение почек (ЛПП) - самое частое осложнение лекарственной терапии. Клиническое значение проблемы связано как с частотой ЛПП в практике врачей любой специальности, так и с тяжестью клинических проявлений.

Цель исследования – изучить особенности ЛПП в Саратовской области.

Проанализированы истории болезни пациентов, находившихся с 1998 по 2012 гг. в нефрологическом отделении Областной клинической больницы по поводу ЛПП.

Группа состояла из 44 мужчин и 59 женщины, средний возраст 46,8 лет. Причиной ЛПП стали: антибиотики - у 23, нестероидные противовоспалительные препараты – у 34, ненаркотические анальгетики – у 14, диуретики – у 7, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента – у 3, введение контрастного вещества - у 5, сочетание средств – у 17 больных. Поводом для назначения препарата в большинстве случаев послужили болевой синдром и инфекционно-воспалительные заболевания. Исходное поражение почек было у 69 пациентов: хронический пиелонефрит - у 25, артериальная гипертензия - у 14, врожденные аномалии строения или расположения почек - у 10, хронический латентный гломерулонефрит – у 8, миеломная нефропатия – у 4, амилоидоз почек – у 8 человек. В нашем наблюдении у подавляющего числа пациентов наблюдалась острая форма ЛПП с клиникой неолигурической острой почечной недостаточности.

В процессе лечения 39 пациентам потребовалось назначение глюкокортикостероидов, 27 - острый гемодиализ. В исходе ЛПП у 48 пациентов отмечено полное восстановление функции, у 22 пациентов лишь частичное восстановление функции почек, в 13 случаях до исходного уровня, 17 больных с анурией и полной утратой функции почек были переведены на заместительную почечную терапию хроническим гемодиализом. Во всех случаях неблагоприятного исхода ЛПП имела предшествующая патология почек. В 3 случаях ЛПП закончилось летально: в случае длительного бесконтрольного приема диуретиков и в случае введения рентгеноконтрастного вещества.

Выводы. Назначение лекарственных препаратов всегда сопряжено с риском развития поражения почек, особенно на фоне предшествующей почечной патологии. При назначении таких широко применяемых препаратов, как антибиотики, ненаркотические анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты врачам нельзя забывать о безопасности терапии.

ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ПЕРЕДНЕ-ЛЕВОГО ГЕМИБЛОКА И СИНДРОМА ЗС У БОЛЬНОЙ С БОЛЕЗНЬЮ ХАММАНА-РИЧА

Афанасьева Т.Ю., Зиганшина Г.Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Ослопов В.Н.

Больная Г. 68 лет 8 июня 2009 года была госпитализирована в одну из больниц г. Казани. Жалобы при поступлении: сухой кашель со скудной мокротой, боли в грудной клетке с обеих сторон, смешанная одышка. Состояние больной тяжелое: ортопноэ, диффузный цианоз, отеки на ногах, «трескучая» крепитация с обеих сторон ниже лопаток, феномен «писка». Рентгенограмма ОГК: диффузный интерстициальный пневмосклероз. Поставлен диагноз: Фиброзирующий альвеолит (болезнь Хаммана-Рича), лёгочно-сердечная недостаточность III степени, дыхательная недостаточность III. Назначено соответствующее лечение.

9 июня 2009 записана ЭКГ при помощи автоматической системы «Валента». По результатам автоматической дешифровки (P 0,08 сек, PQ, 0,15 сек, QRS 0,07 сек, RR_{макс}-RR_{мин} 0,57-0,56, RR 0,57 сек, AQRS -51 град, ЧСС 106 уд/мин) сделано заключение: синусовая тахикардия, отклонение ЭОС влево, неполная блокада правой ножки пучка Гиса, блокада передне-верхних разветвлений левой ножки пучка Гиса, возможный синдром ранней реполяризации желудочков. После просмотра ЭКГ врачом дописано: «Не исключаются ЭКГ-признаки гипертрофии правого желудочка (ПЖ)».

В ноябре 2010 г. при повторной госпитализации пациентки по поводу ухудшения состояния была снята ЭКГ на обычном электрокардиографе с врачебной расшифровкой: синусовый ритм (ЧСС 100 в мин), выраженное отклонение ЭОС вправо (угол альфа +135 град), переходная зона смещена влево, выраженный R в отведении aVR («поздний зубец R»), T III (-+), TV1 (-), индекс Соколова-Лайона: RV1+SV5 = 1,5 мВ (15 мм), qR-тип гипертрофии ПЖ. После выписки через 15 дней пациентка скончалась от прогрессирования сердечно-лёгочной недостаточности.

С позиции ЭКГ-диагностики в приведенном случае наблюдалась не смена выраженной левограммы на правограмму и не «исчезновение» передне-левого гемиблока, а трансформация ЭКГ-признаков с S-типа ЭКГ гипертрофии ПЖ вследствие поворота сердца вокруг поперечной оси верхушкой назад на qR-тип, что у больной Г. обусловлено перегрузкой ПЖ давлением в связи с прогрессирующим фиброзирующим альвеолитом. Выводы: роль врача-диагноста в формулировании заключения по ЭКГ с обязательным учетом клинической картины заболевания остается приоритетной в связи с наличием определенных ограничений диагностических алгоритмов автоматической дешифровки ЭКГ.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДНОГО ОСТЕОПОРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Шамсутдинова Н.Г., Кириллова Э.Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Якупова С.П.

Цель исследования: выявить особенности диагностики и лечения глюкокортикоидного остеопороза при ревматоидном артрите в реальной клинической практике

Материалы и методы: Опрошено 32 пациента с диагнозом РА (средний возраст 53±11 лет), получающих глюкокортикоиды (ГКС) в течение длительного времени (более 6 месяцев), которые находились на стационарном лечении в РКБ МЗ РТ. В анкету включены вопросы, включающие факторы риска и клинические проявления остеопороза, инструментальной диагностики и лечения остеопороза.

Результаты: Средняя суточная доза ГКС составила 10,6±2,1 мг в пересчете на преднизолон. Средняя длительность приема ГКС терапии 4 года. 6 пациентов (18%) получают ГКС в виде пульс-терапии. У 9 пациентов (28%) были низкоэнергетические переломы в анамнезе. 37% пациентов (12 чел.) указывают на уменьшение роста на 3 см и более по сравнению с возрастом в юности. Несмотря на то, что 80% пациентов беспокоили боли в спине, никому не проведено рентгенологическое исследование позвоночника в связи с болевым синдромом. Среди пациентов с РА 75% больных (24 чел.) знали о том, что находятся в группе риска развития остеопороза и им рекомендовано проведение денситометрии. Только 13 (40,6%) пациентов прошли это обследование. Всем пациентам с РА назначались препараты кальция и витамина D, однако регулярно принимают только половина из них. У 9 (28,1%) пациентов имелся клинический диагноз остеопороз и они получали антирезорбтивную терапию.

Вывод: Почти у половины пациентов с РА, получающих ГКС, наблюдались клинические проявления остеопороза (низкоэнергетические переломы и снижение роста). Несмотря на имеющиеся факторы риска развития остеопороза и целесообразность проведения денситометрии, не всем пациентам назначается данное обследование. Отсутствие своевременной диагностики не позволяет выставить диагноз и назначить пациентам необходимую противоостеопоретическую терапию.

ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

ПРИНЦИПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНЫМ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕМ

Аюпова Г.С., Мамедов Х.И., Дашкина Л.Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Хузина Г.Р.

Введение. Головокружение является одним из ведущих симптомов, наблюдающихся в неврологической и общеврачебной практике. Под головокружением пациенты подразумевают широкий спектр состояний и ощущений, трактовка которых часто носит субъективный характер: покачивание, пошатывание, проваливание, падение, вращение и др.

Цель - проведение комплексного клинико-anamnestического обследования пациентов с головокружением в сочетании с острыми и подострыми вестибуло-мозжечковыми расстройствами и анализом оптимальных реабилитационных подходов.

Материалы и методы. Проводилось общеневрологическое обследование, тестирование мозжечковых функций по шкале ICARS, вестибулярные пробы. Для верификации структурных изменений проводился МРТ головного мозга (1,0 Т) в режимах T1, T2, гидрографии, FLAIR. При МРТ исследовании оценивались очаговые изменения (по классификации S.Canarle, J.Vogousslavsky, 1999) и атрофические поражения (по шкале H.Naka, 2002). В исследование была включена группа 90 пациентов в возрасте от 37 до 73 лет (средний возраст составил $57,5 \pm 1,8$) с синдромом координаторных расстройств и/или вестибулярным синдромом.

Результаты: У 72% пациентов были выявлены несистемные головокружения типа dizziness в форме дискоординаторного синдрома в сочетании с системным головокружением типа vertigo с МР-верифицированными церебеллярными инфарктами в бассейне ЗНМК. Наиболее эффективным для данной группы больных был комплексный реабилитационный подход, сочетающий кинезиотерапию, эрготерапию и лечебную гимнастику с преобладанием упражнений на координацию. В 18% наблюдений имели место системные головокружения типа vertigo, Ранняя реабилитация в форме комплекса упражнений, направленных на многократное раздражение вестибулярных рецепторов с целью стимуляция центральной компенсации показало стойкий положительный результат практически у всех пациентов данной группы. В 10% наблюдений имело место несистемное головокружение типа dizziness с трудноописываемыми вариантами ощущений, характерный для психогенного вида головокружений. Методы двигательной реабилитации были малоэффективны, тогда как психотерапевтическая коррекция личностно-ориентированного типа в течение 6 месяцев показала хороший клинический регресс дискоординаторно-вестибулярного синдрома.

Заключение. Анализ типа головокружения на основе этиологического принципа лежит в основе разработки эффективной индивидуальной реабилитационной программы.

БРОНХО-ЛЕГОЧНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ: ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Лутфуллина Г.Ф.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., доц. Заббарова А.Т.

Черепно-мозговые травмы (ЧМТ) сопровождаются большой частотой легочных осложнений, особенно в первые 2 недели после травмы. Из экстракраниальных осложнений именно поражения легких являются основной причиной летальности в остром периоде ЧМТ. Тяжелая черепно-мозговая травма вызывает нарушения доставки кислорода посредством расстройств дыхания, активации системного воспалительного ответа и центрального повышения симпатической активности с развитием нейrogenного отека легких. Тяжелые поражения головного мозга сопровождаются также нарушением недыхательных функций легких.

Целью данной работы был анализ распространенности бронхо-легочных осложнений в острый период травмы у пациентов с различной степенью тяжести ЧМТ с целью разработки мер по улучшению профилактики и восстановительного лечения пациентов.

Материалы и методы исследования: проанализированы истории пациентов, умерших в острый период тяжелой ЧМТ, а также проведено обследование пациентов с легкой ЧМТ (сотрясения, ушибы легкой степени), госпитализированных в отделение нейротравмы РКБ.

Результаты: бронхо-легочные осложнения выявлялись у 50% пациентов, умерших в острый период ЧМТ. Среди пациентов с легкой ЧМТ большинство госпитализированных были мужчины, среди последних $\frac{3}{4}$ имели вредные привычки (курение, злоупотребление алкоголем). Субклинические дыхательные расстройства выявлены у 20% обследованных. Предложены меры по физической реабилитации дыхательных нарушений у пациентов с нейротравмой.

ДЫХАТЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПЕРВИЧНОГО ИНСУЛЬТНОГО ЦЕНТРА: ДИАГНОСТИКА, ПРОФИЛАКТИКА, РЕАБИЛИТАЦИЯ

Бариева Й.Х.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., доц. Заббарова А.Т.

Поражения дыхательной системы является одним из самых распространенных и тяжелых осложнений в остром и раннем восстановительном периодах инсульта. Высокая вероятность развития аспирационных и застойных легочных осложнений, значительно ухудшают прогноз пациентов. Цель работы: проанализировать распространенность легочных осложнений у пациентов инсультного центра РКБ для разработки мер по их профилактике. Материалы и методы исследования: анализ жалоб и анамнеза 20 пациентов (M7/F13, средний возраст - 65 ± 12 лет) инсультного центра, объективное обследование: соматоскопия, антропометрия, выполнение дыхательных проб Штанге, Генчи, Розенталя. Все пациенты обследовались после завершения интенсивной терапии в ОРИТ – на 4-7 дни после ОНМК. В обследование включали пациентов, находящихся в ясном сознании, без текущего активного заболевания дыхательной системы. Результаты: заболевания бронхо-легочной системы редко наблюдались у обследованных пациентов, курение отметили только 2 пациента (M1/F1, 10%); термометрия пациентов показала нормальные данные; данные выполнения дыхательных проб: никто из обследованных не достиг нормальных показателей в пробе Штанге, вместе с тем пробу Генчи выполнили все обследованные (средний показатель – 30 секунд), пробу Розенталя не смогли выполнить 2 пациентки (вероятно, в связи с когнитивными нарушениями), средний показатель спирометрии – 1,8 литра, повышенная частота дыхания выявлена у трех пациентов, сниженная экскурсия грудной клетки выявлена у 2 мужчин и 5 женщин. На момент осмотра всем пациентам было назначено ЛФК, у большинства пациентов (80%) в комплекс упражнений были включены специальные дыхательные упражнения. У 12 пациентов нарушения выявлены по трем и более показателям состояния дыхательной системы. Таким образом, более половины пациентов инсультного центра в остром периоде заболевания, несмотря на относительно удовлетворительное общее состояние и проведение физической реабилитации, имеют субклинические нарушения дыхательной системы. Это необходимо учитывать при планировании восстановительного лечения и реабилитации пациентов на постгоспитальном этапе.

ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИЕЙ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ НИЗКОЧАСТОТНОЙ МАГНИТОТЕРАПИИ

Васильева Е.В.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., асс. Саковец Т.Г.

Низкочастотная магнитотерапия эффективна в купировании болевых проявлений, снижающих качество жизни больных и приводящих к снижению трудоспособности, что обуславливает целесообразность назначения с лечебными целями низкочастотного магнитного поля при болевых нарушениях у пациентов диабетической полинейропатией.

Целью проведенного исследования было выявление эффективности магнитного поля низкой частоты в снижении боли у данной категории пациентов.

Материал и методы. Для исследования было выбрано 10 пациентов. Женщин было – 4, мужчин – 6. Для определения интенсивности боли в нижних конечностях использовалась шкала ВАШ по 20-тибалльной шкале: 0 баллов – боли отсутствуют, 20 баллов – нестерпимые алгические проявления. Легкие боли квалифицировались в 1-7 баллов, умеренные – 8-14 баллов, выраженные – 15-20 баллов. Все больные наблюдались в динамике (в начале физиотерапевтического лечения и по его окончании). Применялся аппарат Полюс-2, создающий низкочастотную магнитную составляющую переменного электромагнитного поля, индуктор-соленоид, на верхние и нижние конечности; интенсивность III-IV, непрерывный режим, ежедневно, 10-15 мин., курс – 10 процедур.

Результаты. В начале лечения легкие боли (1-7 баллов) имело 30% (3) пациентов, умеренные (8-14баллов) – 60% (6), выраженные (15-20 баллов) – 20% (2). После проведенного курса лечения низкочастотной магнитотерапии легкие боли наблюдались у 60% (6) больных, умеренные – у 40% (4), выраженных болей ни у кого не было. В целом, динамику в сторону уменьшения отметило 80% (8) человек. У 1 больного не наблюдалось изменений интенсивности болей, но было отмечено уменьшение частоты их появления. Один больной отмечал улучшение в начале лечения, после отмены магнитотерапии (было проведено только 4 сеанса) интенсивность болей вернулась к прежнему состоянию.

На основе полученных результатов можно сделать вывод, что низкочастотная магнитотерапия эффективна в снижении болей у пациентов с диабетической полинейропатией.

ОСОБЕННОСТИ РЕГРЕССА НАРУШЕНИЙ ПОВЕРХНОСТНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ НИЗКОЧАСТОТНОЙ МАГНИТОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИЕЙ

Васильева Е.В.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., асс. Саковец Т.Г.

Низкочастотная магнитотерапия эффективна в купировании у больных с сахарным диабетом полинейропатических нарушений, являющихся причиной частой нетрудоспособности и инвалидизации пациентов (при возникновении диабетической стопы).

Целью проведенного исследования было выявление эффективности магнитного поля низкой частоты в восстановлении поверхностной чувствительности у больных с диабетической полинейропатией.

Материал и методы. Было исследовано неврологически 11 пациентов с диабетической полинейропатией. Женщин было – 45,5% (5), мужчин – 54,5% (6). Нарушения поверхностной чувствительности были разделены на 3 категории: легкие (в пределах стопы до уровня голеностопного сустава), умеренные (до середины голени), тяжелые (от коленного сустава и выше) расстройства. Все больные наблюдались в динамике (в начале физиотерапевтического лечения и по его окончании). Применялся аппарат Полюс-2, создающий низкочастотную магнитную составляющую переменного электромагнитного поля, индуктор-соленоид, на верхние и нижние конечности; интенсивность III-IV, непрерывный режим, ежедневно, 10-15 мин., курс – 10 процедур.

Результаты. Нарушения поверхностной чувствительности наблюдались у 100% (11 больных): тактильной и болевой - в 100% (11) случаев, температурной – в 45,5% (5). У 45,5% (5) больных наблюдалась гиперестезия. В начале лечения легкие нарушения чувствительности имели 18% (2) пациентов, умеренно выраженные – 45,5% (5), значительные расстройства поверхностной чувствительности – 36,5% (4). После проведенного курса лечения низкочастотной магнитотерапии легкие сенсорные нарушения наблюдались у 36,5 % (4) больных, умеренно выраженные – у 36,5 % (4), грубые нарушения поверхностной чувствительности – у 27% (3). В 36,5% случаев (у 4 больных) наблюдалось снижение гиперестезии. Площадь снижения температурной чувствительности после применения низкочастотной магнитотерапии не изменилась, однако у всех больных отмечалось улучшение восприятия температурных стимулов. У 82% (9) пациентов отмечался регресс нарушений болевой, тактильной и/или температурной чувствительности.

На основе полученных результатов можно сделать вывод, что низкочастотная магнитотерапия эффективна в улучшении нарушенной поверхностной чувствительности у пациентов с диабетической полинейропатией.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ КАБИНЕТА ПО МАССАЖУ В УСЛОВИЯХ САНАТАРНО – КУРОРТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Храмова О.Г.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., доц. Хузина Г.Р.

Введение. Исследования современных тенденций развития курортной сферы в части организации службы массажа являются крайне актуальными и способствуют эффективному поиску тактических и стратегических решений в этой сфере.

Цель исследования. Проведение анализа востребованности массажных технологий в санатории «Васильевский» Зеленодольского района РТ и оценка организации работы кабинета по массажу в условиях санаторно-курортного учреждения общего профиля в части оказания услуги по массажу.

Методы и материал. Изучение организации предоставления услуги массажа в структуре комплекса санаторно-курортных услуг путем характеристики и анализа следующих показателей работы кабинета: характеристика пациентов по нозологическо-

му спектру, по востребованности массажных технологий, целесообразности запроса на данную процедуру (по назначению врача и самостоятельно), частоты предоставления им массажных технологий; оценка мнения пациентов о качестве предоставляемой услуги массаж, выявление ряда факторов, воздействующих на удовлетворенность пациентов услугой массаж. Исследование проводилось методами клинико-экспертного анализа и анкетирования.

Результаты: Изучение нозологической структуры пациентов показало значительное преобладание лиц с неврологической (59%), сердечно-сосудистой (28%) и посттравматической патологией (15%) патологией. Востребованность массажных технологий в санатории превышает возможности кабинета по массажу на 18%, причем нецелесообразность назначения процедуры была выявлена лишь в 7% случаев (чаще по желанию пациента). По итогам анкетирования, мнение пациентов о качестве предоставляемой услуги массаж было различным: 62% - удовлетворены полностью качеством массажа; 31% - удовлетворены частично; и 7% - неудовлетворены. Среди факторов, воздействующих на удовлетворенность пациентов услугой массаж, в порядке убывания пациенты отмечали профессионализм специалиста по массажу, внешнюю обстановку процедуры, внешний вид специалиста, положительный настрой на процедуру, личное обаяние массажиста, зависимость от приема пищи и др. факторы.

Заключение. Результаты исследования указывают на востребованность и обоснованность назначения процедуры массаж в условиях санаторно-курортного учреждения общего профиля. Качество предоставляемой услуги удовлетворяет более 90% больных, получающих массаж, но удовлетворенность обусловлена целым рядом факторов, не имеющих непосредственное отношение к процедуре, что должно учитываться в организации работы кабинета по массажу.

ОПТИМИЗАЦИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ТРЕПОНЕМНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ И ДЕРМАТОМИКОЗАМИ

Трофимова Т.В.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., доц. Хузина Г.Р.

Введение. Заболевания кожно-венерологического круга являются одной из актуальных медико-социальных проблем современного здравоохранения, что обусловлено неуклонным ростом числа пациентов с различными кожно-венерологическими заболеваниями. Одними из наиболее актуальных заболеваний, имеющими высокую контагиозность, склонность к персистированию и переходу в хроническое течение, являются трепонемная инфекция и дерматомикозы. Вопросы восстановительного лечения хронических кожно-венерологических заболеваний имеет большое прогностическое значение.

Цель исследования: Анализ эффективности восстановительного лечения больных с хроническим и рецидивирующим течением трепонемной инфекции и дерматомикозов.

Методы и материал. С целью решения целевой задачи исследования нами были отобраны 40 больных, страдающих рецидивирующим течением трепонемной инфекции и хроническими дерматомикозами, как мужского (60%), так и женского пола (40%), находящихся под амбулаторным наблюдением в Республиканском клиническом кожно-венерологическом диспансере за период с августа 2012г. по декабрь 2012г. Возраст пациентов колебался в пределах от 17 до 49 лет. Все больные были разделены на 4 группы (по 2 нозологии), 1 и 2 из которых получали комплексное реабилитационное лечение наряду с медикаментозным, и 3 4 группы, где больные получали этиотропную медикаментозную терапию (в соответствии со стандартами ведения).

Результаты: Комплексная реабилитация включала в себя неспецифическую медикаментозную реабилитацию (пиротерапия, инъекции пирогенных стимуляторов, витаминотерапия, иммуномодуляторы), физиотерапию (индуктотермия поясничной области, магнитотерапия паравертебрально, микроволновая (дециметровая) терапия на область проекции надпочечников, щитовидной железы и солнечного сплетения, лазеротерапия на иммуногенные зоны). Результатам сравнения эффективности проводимой терапии у пациентов исследуемых групп показали высокую степень снижения активности воспалительного процесса (по клинико-лабораторным данным) на 82% в 1-ой группе (при рецидивном сифилисе и нейровисцеросифилисе), на 75% во 2-ой группе (при хронических дерматомикозах), а также умеренное снижение активности воспаления в 3 (на 51%) и 4 (48%) группах соответственно, что бесспорно указывает на эффективность реабилитационной составляющей комплексного лечения.

Заключение. Результаты исследования указывают на значимость включения методов комплексной реабилитации при ведении больных с хроническим и рецидивирующим течением трепонемной инфекции и дерматомикозов.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ОНМК В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Валиуллина Г.Р.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., доц. Хузина Г.Р.

Введение. Организация медицинской реабилитации больных, перенесших церебральный инсульт, остается одной из приоритетных проблем здравоохранения, что обусловлено неуклонным увеличением числа больных с цереброваскулярной патологией и тяжестью медицинских, экономических и социальных последствий заболевания.

Цель исследования: Анализ эффективности организации ранней реабилитации пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения с учетом мультидисциплинарного подхода на опыте работы отделения сосудистой неврологии.

Методы и материал. Проводилось клиническое и общеневрологическое обследование 35 пациентов в возрасте от 52 до 68 лет, поступивших на стационарное лечение в отделение сосудистой неврологии с острыми нарушениями мозгового кровообращения. Верификация ОНМК проводилась методами КТ и МРТ. У всех больных были верифицированы крупноочаговые ишемическими изменения головного мозга в бассейне СМА. Пациентам проводилась ранняя (со 2-го дня) реабилитация на основе мультидисциплинарного подхода, обеспечившего персонализированную терапию, где ведущее значение уделялось средствам лечебной физкультуры и психотерапевтической коррекции. ЛФК включала комплексное воздействие на моторный праксис, мышечный гипертонус, и формирования двигательной программы.

Результаты: Все пациенты исследованной группы, проходившие комплексное лечение с учетом мультидисциплинарного подхода, продемонстрировали благоприятный исход заболевания и в 60% случаев положительную динамику в отношении двигательного дефицита: улучшение диапазона двигательной активности и навыков самообслуживания. снижение выраженности спастичности, Кроме того, в 100% случаев имела место положительная динамика в отношении формирования у пациентов до-

верия, направленного на соблюдение принципа партнерства, эмоциональной установки на излечение и максимальное восстановление утраченных двигательных функций.

Заключение. Комплексное восстановительное лечение нарушенных функций у больных, перенесших инсульт с использованием мультидисциплинарного персонифицированного подхода указывает на эффективность терапии как по двигательным показателям, так и по психической адаптации к заболеванию.

АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАБИНЕТА ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ КОЖНО - ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Трофимова Т.В.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., доц. Хузина Г.Р.

Введение. Ранняя доклиническая диагностика многочисленных заболеваний кожно-венерологического круга является актуальной проблемой здравоохранения, что обусловлено неуклонным ростом числа пациентов с различными кожно-венерологическими заболеваниями, имеющими высокую контагиозность, склонность к персистенции и переходу в хроническое течение при отсутствии своевременно начатой терапии. В этой связи понимание особенностей функционирования лабораторно-диагностического подразделения с позиций максимальной эффективности имеет большое практическое значение.

Цель исследования: Анализ деятельности лабораторно-диагностического подразделения кожно - венерологического профиля республиканского уровня.

Методы и материал. С целью решения целевой задачи исследования был проведен клинико-экспертный статистический анализ деятельности кабинета лабораторной диагностики Республиканского клинического кожно-венерологического диспансера путем оценки следующих показателей работы: соотношение штатной численности кабинета и среднемесячного количества проводимых анализов (за 6-месячный период работы), соотношение отрицательных результатов обследования и общего количества подтверждающих заболевания результатов; частота получения результатов, указывающих на активный патологический процесс (поздняя первичная диагностика); определение нозологического спектра кожно-венерологических заболеваний (популяция Республики Татарстан) (анализ данных за 6-месячный период работы).

Результаты: По результатам исследования была выявлена перегрузка штатных сотрудников подразделения 15%. Соотношение отрицательных результатов обследования и общего количества анализов, подтверждающих различные кожно-венерологические заболевания составило 6,0:4,0, что свидетельствует о активной профилактической деятельности кабинета. Частота получения резко положительных результатов, свидетельствующих о поздней диагностике оказалась невысокой - 9,2% случаев. Наиболее распространенными кожно-венерологическими заболеваниями в Республике Татарстан являются дерматомикозы (54%) и трепонемная инфекция (42%). Другие заболевания диагностируются значительно реже.

Заключение. Анализ деятельности лабораторно-диагностического подразделения указывает на необходимость усиления профилактической деятельности кожно-венерологической службы в работе с населением по наиболее частым нозологиям (дерматомикозам и трепонемной инфекции).

ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ НА ОСНОВЕ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА

Шайхутдинова Р.А.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., доц. Хузина Г.Р.

Введение. Реабилитация пациентов, перенесших церебральный инсульт, является актуальной проблемой здравоохранения во многих странах мира. Неуклонный рост числа пациентов с цереброваскулярными заболеваниями, ассоциированными с гипертонической болезнью и церебральным атеросклерозом, делает эту проблему значимой с медицинских, экономических и социальных позиций.

Цель исследования: Анализ эффективности реабилитации больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения в позднем восстановительном периоде заболевания с учетом мультидисциплинарного подхода на опыте работы отделения сосудистой неврологии.

Методы и материал. Проводилось клиническое и общеневрологическое обследование 48 пациентов в возрасте от 50 до 69 лет, находящихся на стационарном лечении в отделении сосудистой неврологии с острыми нарушениями мозгового кровообращения. У всех больных с помощью МРТ головного мозга были верифицированы крупноочаговые ишемическими изменениями головного мозга в бассейне СМА. Всем пациентам проводилась медицинская реабилитация на основе мультидисциплинарного подхода, обеспечившего персонифицированную терапию, где ведущее значение уделялось средствам лечебной физкультуры и психотерапевтической коррекции. ЛФК включала комплексное воздействие на моторный праксис, мышечный гипертонус, и формирования двигательной программы.

Результаты: По результатам исследования положительную динамику в отношении двигательного дефицита в исследованной группе продемонстрировали 78% больных по сравнению с контрольной группой (35%). Положительная динамика касалась снижения выраженности спастичности, улучшение диапазона двигательной активности и навыков самообслуживания. Кроме того, у всех пациентов (100%) имела место положительная динамика в социальной адаптации: эмоциональной установки на излечение и максимальное восстановление утраченных двигательных функций в сочетании с мотивацией на возврат к профессиональной деятельности,

Заключение. Применение мультидисциплинарного подхода в реабилитации больных ОНМК обеспечивает комплексное восстановление нарушенных двигательных функций в сочетании с улучшением процесса социальной адаптации.

ГИГИЕНА ПИТАНИЯ, ГИГИЕНА ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ОБЩАЯ ГИГИЕНА

ГИГИЕНА ОДЕЖДЫ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ

Бартова Н.А., Гапсаламова Р.А.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Габидуллина С.Н.

Цель работы: оценка гигиенических знаний и навыков при выборе одежды современной молодежью. Объектом исследования стали 100 студентов в возрасте 18-30 лет.

Практически-функциональные требования к одежде складываются из свойств материала (приятна ли ткань на ощупь, носкость, прочность, водонепроницаемость, светостойкость красителей, непроницаемость для УФ-излучения), физиологичности (комфорт в носке, комфорт для кожи), удобства пользования (стирка, глажка, чистка). К одежде предъявляются и эстетические требования: цвет, рисунок, крой и форма.

Одежда защищает от воздействий внешней среды, предохраняет кожу от механических повреждений и загрязнений. Вокруг тела создается искусственный пододежный микроклимат, влияющий на теплообмен, терморегуляцию, процессы газообмена через кожу. Температура пододежного пространства должна быть 32-34°C, влажность - 20-24%, содержание CO₂ - 0,006-0,097%. Микроклимат пододежного пространства должен являться основным параметром при выборе одежды, т.к. он определяет тепловое самочувствие человека.

Одежда должна соответствовать погоде и выполняемой работе, весить не более 10% от массы тела, иметь покрой, не затрудняющий кровообращение, дыхание, движения и не вызывающий смещения внутренних органов, легко очищаться от пыли и загрязнений.

Сейчас широко применяются ткани из искусственных и синтетических волокон, они высоко эластичны, устойчивы в носке, воздухопроницаемы, имеют антимикробные и высокие теплозащитные свойства. Отрицательные свойства таких тканей - накопление электричества, низкие сорбционные свойства, вероятность выделения вредных веществ и повышение влажности пододежного пространства. Вместе с тем, появление новых материалов, в том числе текстильных мембран, позволило придать современной одежде не совместимые ранее свойства (однаправленную воздухопроницаемость, сочетание высокой гигроскопичности и влагостойкости, высокие ветрозащитные свойства).

По результатам исследования практически-функциональные требования при выборе модной одежды играют второстепенную роль. Привлекательность вещи при покупке в большинстве случаев определяется цветом. Затем покупатель интересуется размером, кроем, маркой и ценой. Практически-функциональные требования выходят на первый план только при покупке рабочей или спортивной одежды.

ЗНАНИЯ О ГЕНЕТИЧЕСКИ-МОДИФИЦИРОВАННЫХ ОРГАНИЗМАХ В ОБЩЕСТВЕ

Валиуллина А.Н., Хасанова Э.А., Ахметов З.Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Габидуллина С.Н.

Цель: Изучение осведомленности населения о существовании продуктов питания, содержащих генетически-модифицированные организмы (ГМО) и изучение отношения к таковым в зависимости от уровня образования.

Материалы и методы: исследовали мнение 50 респондентов в возрасте от 14 до 60 лет. Вся выборка была разделена на 2 группы (по 25 человек в каждой): 1 группа - лица со средним и неполным средним образованием, 2 группа - лица с высшим и неполным высшим образованием.

Метод исследования - анонимное анкетирование. Была составлена анкета, состоящая из 16 вопросов с единичными и множественными вариантами выбора ответа.

Результаты: 70% респондентов знакомы с понятием «ГМО» (из них: 1 группа - 57%, 2 группа - 43%), при этом 74% из них указывают в качестве источника сведений СМИ, 30% - интернет, 12% - специальную литературу и 4% - прочие источники. О существовании продуктов питания с содержанием ГМО знают 62% опрошенных (1 группа - 47%, 2 группа - 53%), 38% не знают или затрудняются ответить. Считают продукты питания с содержанием ГМО опасными 42% респондентов (1 группа - 63%, 2 группа - 37%).

Наличие сведений о содержании ГМО в пищевых продуктах считают обязательными 62% респондентов (из них 1 группа - 42%, 2 группа - 58%). Не купили бы продукт с содержанием ГМО своему ребенку 54% опрошенных (из них 1 группа - 54%, 2 группа - 46%). Маркировке «Не содержит ГМО» отдают предпочтение при выборе продуктов 36% респондентов (из них 1 группа - 59%, 2 группа - 41%), 41% опрошенных вообще не обращают внимание на состав продукта. По мнению респондентов, вероятнее всего ГМО содержат такие продукты питания, как кетчуп/майонез - 52%, колбасные изделия - 46%, овощи - 20%, молочные продукты - 18%, бобовые - 16%, детское питание - 8%.

Выводы: наибольшую осведомленность о существовании пищевых продуктов с содержанием ГМО демонстрируют лица со средним образованием, также можно отметить, что чем ниже уровень образования, тем более негативное отношение к ГМО у опрошенных, что, вероятнее всего, обусловлено активным использованием интернета и СМИ для получения информации о ГМО. Поскольку вопрос о пользе и вреде ГМО остается до конца нерешенным, на наш взгляд населению необходимо предоставить как можно больше достоверной информации о свойствах подобных продуктов.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ БУГУЛЬМИНСКОГО РАЙОНА

Мирсаитова Г.Т.
Казанский (Приволжский) федеральный университет
Руководитель – д.м.н., проф. Хамитова Р.Я.

Цель: провести анализ между первичной заболеваемостью детей 0-14 лет Бугульминско-го района и состоянием атмосферного воздуха.

Методы исследований: гигиенические, медико-статистические.

В Бугульминском районе имеются предприятия машиностроения, пищевой промышленности, приборостроения, производства строительных материалов, предприятия транспорта, геологии, строительные предприятия, агропромышленный комплекс, которые являются загрязнителями атмосферного воздуха.

По данным Управления Роспотребнадзора по РТ г.Бугульма относится к группе наиболее загрязненных городов республики и входит в число городов, вносящих наибольший вклад в республиканские показатели по процентам проб, не соответствующих гигиеническим требованиям. Если по РТ в анализируемые годы доля проб атмосферного воздуха, превышающих гигиенические регламенты, варьировала от 2,4% до 5,8%, то в Бугульминском районе от 3,1% до 8,8%.

Первичная заболеваемость детей (0-14 лет) района за десять лет выросла в 3,2 раза: с 678,6 случая на 1000 в 2000 г. до 2199,0 в 2010г. и с 2005 г. стала выше среднереспубликанских показателей.

Кластерный анализ по 45 административным территориям РТ за 2006-2010гг. таких нозологий как болезни эндокринной системы (БЭС), врожденным аномалиям (ВА), новообразованиям (НО), болезням органов пищеварения (БОП) и мочеполовой системы (БМПС), относящихся к экологически обусловленным патологиям, выделил Бугульминский район в группу с наиболее высокими показателями заболеваемости детей 0-14 лет. Выявлены статистически значимые связи между показателями первичной заболеваемости ВА и среднегодовыми концентрациями в атмосферном воздухе г. Бугульмы формальдегида ($R=0,87$; $p<0,01$) и, азота диоксида (в пересчете на NO_2); БМПС, НО и массой выбросов загрязняющих веществ ($R=0,78$; $p<0,03$ и $R=0,77$; $p<0,03$ соответственно), БМПС и концентрация пыли ($R=0,83-0,99$; $p<0,01$ и $0,02$) с запаздыванием эффекта на 1-2 года.

Заключение: загрязненный атмосферный воздух оказывает отсроченное во времени статистически значимое влияние на показатели заболеваемости детей Бугульминского района, что определяет необходимость дальнейшего изучения и разработки управленческих решений по снижению выбросов загрязняющих веществ в атмосферу.

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭКСПЛУАТАЦИИ БЫТОВЫХ КОНДИЦИОНЕРОВ

Валиева Р.А., Чубурова Т.А.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Габидуллина С.Н.

Современный человек проводит в жилых и общественных зданиях 52-85% суточного времени. Неотъемлемой частью жизни человека стали кондиционеры, устанавливаемые в домах, офисах и др. помещениях.

Целью нашей работы стала гигиеническая оценка эксплуатации кондиционеров в домашних условиях. Были изучены условия использования, порядок обслуживания и влияние на самочувствие и здоровье бытовых кондиционеров. В исследовании участвовали 50 семей, использующих различные типы климатической техники.

Неправильное использование кондиционеров может стать причиной проблем со здоровьем. От температуры воздуха зависит распространенность инфекционных заболеваний, резкие изменения температуры повышают риск возникновения неврологической патологии, заболеваний сердечно-сосудистой системы. Возникло такое понятие как «болезнь кондиционеров», подразумевающее возникновение ряда симптомов - головная боль, боли в области плечевого пояса, спины и поясницы, заложенность носа, насморк. Охлажденный воздух должен равномерно распределяться по всему объему помещения. Попадание потока воздуха в участок, где человек находится долгое время, нежелательно. Безопасный перепад температур 3-50. Нежелательна эксплуатация кондиционеров в помещениях с высокой влажностью, т. к. пыль увлажняется конденсатом и оседает на внутренних рабочих поверхностях в виде плотной массы, являясь благоприятной средой для различных видов плесени, вызывающей неприятные запахи, аллергические реакции, заболевания дыхательных путей. Чистка фильтров должна производиться один раз в 2 недели.

Существуют различные виды кондиционеров: оконные, мобильные, сплит-системы, канальные, кассетные, настенные, напольно-подпотолочные. Каждому присущи свои особенности в эксплуатации, которые важно знать. К сожалению, большинство пользователей воспринимают кондиционер как «закрытый», не нуждающийся в обслуживании предмет, не задумываясь о принципе его функционирования. Очень немногие частные пользователи соблюдают основные требования по установке, очистке и замене отдельных элементов кондиционера.

Климатическая техника – система, призванная повысить качество жизни человека, но это возможно только при правильном её использовании, лишь в этом случае будет исключен риск причинения вреда здоровью, о чем необходимо широко информировать потребителей.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАКАЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ

Зайнуллина Ч.Р., Хурматуллина Г.Р., Заболотских М.А.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Габидуллина С.Н.

Под закаливанием понимают комплекс мероприятий, направленных на тренировку защитных сил организма, в частности способствующий повышению его устойчивости к простудным заболеваниям. Закаливающие процедуры повышают физическую работоспособность, снижают заболеваемость, укрепляют здоровье.

Целью нашего исследования стало изучение осведомленности родителей о методах закаливания и распространенности их применения.

Было проведено анкетирование родителей детей дошкольного и младшего школьного возрастов (70 чел.). Образовательные учреждения посещают 94% детей. 40% детей являются часто болеющими. Большинство опрошенных родителей в

возрасте 30-40 лет и имеют высшее образование. Считают, что имеют представление о закаливании 70% родителей. К общим закалывающим мероприятиям относятся ежедневные прогулки. Следует отметить, что чем старше дети, тем реже и кратковременнее их пребывание на свежем воздухе: среди дошкольников ежедневно гуляют 77% детей, среди школьников – лишь 34%, а каждый пятый – реже 2 раз в неделю. Прогулки длятся обычно 1-2 часа (53%), но 23% школьников гуляют не более 1 часа в день, при рекомендуемой продолжительности 3-3,5 часа в день.

Специальные закалывающие мероприятия проводят в 18,5% семей. Наиболее используемые методы: обливание холодной водой, воздушные, солнечные ванны. Частота проведения, как правило, 2-3 раза в неделю преимущественно в летнее время, то есть не соблюдается основной принцип закаливания – систематичность, последовательность и постепенное увеличение интенсивности. Тем не менее эффективность закаливания ощущают 67%, не ощущают – 20%.

Медицинский персонал не уделяет должного внимания пропаганде закаливания: по рекомендации педиатров стали закаливать детей только 10% семей, остальные – на основе личных убеждений. О проведении закалывающих мероприятий в детских учреждениях не упомянул ни один опрошенный.

На основании полученных данных можно сделать вывод о малой информированности населения о необходимости закаливания детей, правилах и принципах его проведения. Среди детей закаливание практически не проводится, а если и осуществляется, то в большинстве случаев бессистемно.

Для решения данной проблемы мы предлагаем организовать пропаганду в СМИ, усилить просветительскую работу педиатров с родителями.

РОЛЬ В.И. ВЕРНАДСКОГО В СТАНОВЛЕНИИ ЭКОЛОГИИ КАК НАУКИ

Климковская Я.И.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., ст.преп. Тухватуллина Л.Р.**

Цель работы: оценить вклад В.И.Вернадского в современную экологию

Задачи:- изучить историю становления экологии, как науки

- изучить творчество и научную деятельность В.И.Вернадского

- оценить созвучность учений В.И.Вернадского с современными направлениями экологии

Начало современной экологии положено в 1860г. Чарльзом Дарвиным. Термин «Экология» впервые употребил Э. Геккель, он определял экологию как «общую науку об отношениях организмов к окружающей среде, куда входят все условия существования». Главной теоретической базой современной экологии стало учение о биосфере, основоположником которого является В.И.Вернадский. Факты и положения о биосфере накапливались постепенно, с развитием ботаники, почвоведения, географии растений и других в основном биологических наук, а также геологических дисциплин. Термин «биосфера» ввел в науку геолог Э. Зюсс в 1875г. Он понимал под биосферой тонкую пленку жизни на земной поверхности. В.И.Вернадский считал, что биосфера является одной из геологических оболочек Земли, структура и энергетика которой формируются в результате общей деятельности живых организмов.

Знаменательно, что родился В.И. Вернадский в г.Санкт-Петербурге в 1863 году, и его творческая и научная жизнь проходила на стыке веков и даже эпох. Бурная общественно-политическая жизнь страны, несомненно, была катализатором для его идей и необычных умозаключений. В.И.Вернадский был не только разносторонним исследователем, но и глубоким оригинальным мыслителем. Его афоризмы, цитаты и высказывания о власти, демократии, религии и др. могут быть актуальными и сегодня. Уникальность В.И.Вернадского в том, что он обладал широким кругом интересов, был автором 682 научных и публицистических трудов, многие из которых были опубликованы уже после смерти В.И.Вернадского. Труды В.И.Вернадского посвящены минералогии, геохимии, истории наук, кристаллографии, радиогеологии, почвоведению, а также различным организационным вопросам по проблемам науки, истории и права.

Его научная деятельность оказала влияние не только на формирование современного научного миропонимания проблем начал жизни и эволюции видов, но и на развитие различных направлений мировой науки. Этому свидетельствуют неоднократные переиздания его трудов в разных странах, проведение научных собраний и др.

К ВОПРОСУ ОРГАНИЗАЦИИ ДОПИНГ-КОНТРОЛЯ НА ПРЕДСТОЯЩЕЙ УНИВЕРСИАДЕ В Г.КАЗАНИ

Кириллова М.В.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., ст.преп. Тухватуллина Л. Р.**

Цель работы: анализ готовности объектов Универсиады 2013г. к проведению допинг-контроля.

Задачи:

- изучить историю применения допинга и определить контингенты, подлежащие тестированию на Универсиаде 2013г.

- изучить и оценить результаты предварительного и текущего санитарно-гигиенического контроля спортивных объектов г.Казани

Применение стимуляторов в спорте имеет древние корни, например гладиаторы Рима(V век до н.э.) или греческие атлеты(II век до н.э.). Печально известны результаты негативного действия допинга: смертельные случаи (первый в 1886г., английский велогонщик), наркотическая зависимость, алкоголизм, нарушения гормонального статуса, токсические эффекты и др.

Тестирование спортсменов на международных спортивных соревнованиях началось с 1967г. и на сегодня является, к сожалению, неоспоримой частью организационных хлопот. Наиболее выявляемые группы допинга за последние 30 лет:наркотики(8,2%), анаболики(57,3%), стимуляторы (21,1%),диуретики(5,6%),β-адреноблокаторы(0,1%),другие (6.3%). В условиях предстоящей в г.Казани Универсиады правильная организация условий отбора проб для антидопингового контроля стала актуальной необходимостью.

В спортивную программу Универсиады 2013 в г.Казани вошли 27 видов спорта. Наиболее актуальны с точки зрения применения допинга: легкая атлетика, баскетбол, фехтование, футбол, гимнастика, плавание, прыжки в воду, водное поло, волейбол; бокс, все виды гребли и борьбы, тяжелая атлетика, регби-7, хоккей на траве.

Для проведения соревнований определено 34 спортивных объекта, из них 30 - специально строящихся к Универсиаде, в каждом предусмотрен медпункт и кабинет для антидопингового контроля. В наши исследования вошли: результаты оценок проектных документаций строительства 23 спортивных объектов, проводимых Госэкспертизой РТ в рамках предварительного

надзора, и материалы экспертиз медицинской деятельности при вводе в эксплуатацию согласно СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность». Выявленные несоответствия проектных материалов: недостаточность набора помещений и их площадей, отсутствие естественного освещения. При вводе в эксплуатацию основные замечания касались вопросов профилактики ВБИ (средства дезинфекции, стерилизации, прачивки внутренней отделки).

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА УСЛОВИЙ ТРУДА РАБОТНИКОВ ГОСТИНИЦ

Садыкова А.А.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., ст.преп. Тухватуллина Л.Р.**

Цель работы: дать гигиеническую оценку условий труда работников сферы гостиничных услуг

Задачи: - изучить факторы рабочей среды и трудового процесса согласно классификации условий труда для основных профессиональных групп в гостиницах;

- на основании результатов гигиенической оценки определить меры по оздоровлению производственной среды и профилактики вредного воздействия условий труда на здоровье работающих.

За последние годы число гостиниц в г.Казани резко увеличилось. В условиях существующей туристической привлекательности нашего древнего города с тысячелетней историей добавился фактор ожидаемого наплыва гостей в дни проведения главного спортивного состязания страны в 2013 году Летней Универсиады студентов. Возросла роль гостиничного бизнеса в жизнедеятельности города Казани, как источника трудовой занятости населения. Актуальность работы обусловлена недостаточной изученностью условий труда работников в сфере гостиничных услуг.

Исследование проведено на базе гостиницы высшего класса в г.Казани на 150 номеров, с рестораном, баром и конференц-залами. В работе были использованы материалы аттестации рабочих мест, данные лабораторно-инструментальных исследований в рамках производственного контроля за соблюдением санитарных правил, выполненные аккредитованными лабораториями и результаты периодических медицинских осмотров и анкетирования работающих.

Всего работающих – 72 человека в возрасте от 19 до 56 лет, из них женщин – 75%. Все профессии разделены на 5 групп: администрация(27,5%), служба приема и размещения(15%), работники кухни(27,5%), обслуживание ресторана(15%) и обслуживание номеров(15%). Выявлены и оценены факторы окружающей среды физической и химической природы, а также физического и психо-эмоционального напряжения трудового процесса. По результатам оценки условий труда согласно «Руководства по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда» выявлены наиболее неблагоприятные факторы производственной среды и трудового процесса для всех профессиональных групп. К классу 3.1 отнесено более 60% обследованных рабочих мест.

С учетом проведенных исследований даны рекомендации по применению средств индивидуальной защиты и спецодежды, предложены организационно-правовые и санитарно-технические меры профилактики негативного воздействия производственных факторов на работающих в сфере гостиничного бизнеса. В дальнейшем предполагается проведение оценки связи трудового стажа в данных условиях с показателями состояния здоровья работающих с целью определения лечебно-профилактических мероприятий.

ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ОТ ВЛИЯНИЯ ФАКТОРОВ ВО ВРЕМЯ ОБУЧЕНИЯ

Сафандеев В.В.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., проф. Мингазова Э.Н.**

Общезвестно, что дети и подростки наиболее подвержены действию различных экологических, биологических и социальных факторов в течение определённых, т.н. критических, периодов роста и развития. Однако до сих пор мало данных о том, какие, как и насколько сильно влияют эти факторы по отдельности и вкуче на здоровье обучающихся. Целью данной работы явилось изучение влияния действия различных факторов на здоровье студентов медицинского университета. Задачи: 1. Выборка студентов лечебного, педиатрического, медико-профилактического и стоматологического факультетов. 2. Проведение анкетирования. 3. Физиолого-анатомическое обследование. 4. Анализ полученной информации.

Общая часть. Были обследованы студенты 1-6 курсов четырех факультетов. Количество обследуемых 800 человек. Приблизительно одного возраста на каждом курсе. Среди них 82% составили девушки. Студенты всех четырех факультетов с 1 по 6 курс были распределены на группы редко- и частоболеющих (РБП и ЧБП). В обеих группах были проанализированы состояния здоровья по отдельным нозологиям и частота заболеваний ОРЗ. Учитывались возможные причины и способствующие факторы, предикторы. Результаты. В категории РБП доля лиц мужского пола оказалась существенной (26%), в то время как среди ЧБП – намного меньше (9%). Отчетливо прослеживалась тенденция увеличения частоты ЧБП от первого курса к старшим. С 5 курса наблюдалось некоторое уменьшение ЧБП. Что, более вероятно, связано с уменьшением учебной нагрузки. Меньше всего ЧБП встречается среди стоматологического факультета. Это связано с тем, что у них меньше часов учебной нагрузки, они, как правило, более состоятельные, проживают в собственных квартирах, в благоприятных условиях, питаются регулярно, ассортимент пищи разнообразен. Среди ЧБП отмечена высокая доля лиц педиатрического и медико-профилактического факультетов, проживающих в общежитиях, либо в неблагоприятных условиях, питающихся нерегулярно, чей ассортимент еды однообразен, имеющих высокую учебную нагрузку. К 2-му курсу доля ЧБП резко возрастает. Среди проживающих в сельской местности доля ЧБП минимальна. Это связано с более благоприятным влиянием социозоологических факторов, приемом более натуральной и разнообразной пищи. Результаты коррелируют с полученными физиолого-анатомическими данными.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В ДОО НА ОСНОВЕ РЕАЛИЗАЦИИ ИНТЕГРИРОВАННОГО ПОДХОДА В ФИЗИЧЕСКОМ ВОСПИТАНИИ, СОПРЯЖЕННОЕ С РЕШЕНИЕМ ЗАДАЧ ПО ЭКОЛОГИЧЕСКОМУ ВОСПИТАНИЮ, И ЕГО ФИЗИОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ

Сафандеев В.В., Воркунова Т.В.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., асс. Гомзина Е.Г.

Состояние здоровья подрастающего поколения вызывает серьезную озабоченность в обществе и государстве. Институт возрастной физиологии РАО доказано отрицательное воздействие на здоровье комплекса педагогических факторов, в т.ч. несоблюдение элементарных физиологических и гигиенических требований к организации учебного процесса. В инструктивно-методическом письме "О гигиенических требованиях..." МО РФ от 14.03.2000, № 65/23-16 обращается внимание на целесообразность и преимущество использования интегрированных занятий. Однако работ, связанных с их обоснованием, не хватает. Требования к экологическому образованию дошкольников в качестве временного стандарта были сформулированы в книге «Аттестация и аккредитация ДОО». Этот документ впервые закрепил требование к ДОО любого вида проводить работу в области экологического образования. Цель: обоснование методики интегрированных занятий по физической культуре, направленной на сопряженное решение задач физического и экологического воспитания детей дошкольного возраста. Основная часть. Исследование проводилось на базе МБДОУ № 92 и МБДОУ № 36 г. Н. Челны с участием 50 детей 4-5-летнего возраста по методике, обеспечивающей целостность педагогического процесса, создание экологической тропинки здоровья, осуществление комплексного воздействия на ребенка. Материал распределен по сезонам на блоки: "Осень", "Зима", "Весна", "Лето". Подбор упражнений обусловлен АФО развития детей. Содержание методики составляют упражнения, имитирующие объекты и явления живой и неживой природы, а также деятельность в природной среде. Изучение знаний о природе осуществлялись по методике Н.Н. Кондратьевой и И.В. Цветковой. Результаты. Выявлены достоверные различия функциональных показателей у детей опытных групп. Физическая нагрузка в экспериментальной группе оказывает более выраженный тренирующий эффект. Через 9 месяцев после эксперимента в обеих опытных группах наблюдалось достоверное изменение регистрируемых показателей физического развития, физической подготовленности. У детей экспериментальной группы уровень экологической воспитанности значительно улучшился по сравнению с детьми контрольной. Так, значительно уменьшилось (с 55 до 20%) число детей, имеющих низкий уровень экологической воспитанности.

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

РАЦИОНАЛИЗАЦИЯ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Першакова Л.В., Набиуллина Л.Р., Абдрахманов А.Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., проф. Абдрахманов Р.М.

Европейская ассоциация урологов по лечению инфекций мочевыводящих путей и инфекций репродуктивной системы у мужчин (Bierklund-Johausen T., 2000) рекомендует противомикробную терапию после установления предварительного диагноза, как минимум две недели. В то же время с помощью перорального и парентерального введения лекарственных средств не всегда удается создать необходимую концентрацию в органах, имеющих выраженные биологические барьеры. Попытки преодолеть это повышением вводимых доз антибактериальных препаратов и удлинением курса терапии приводит к развитию дисбиоза.

Для решения этой проблемы мы остановились на использовании форетических свойств физических полей исходя из того, что они путем усиления трансмембранного переноса лекарственных средств позволяют увеличивать концентрации лекарственных препаратов в органах-мишенях, в том числе и в предстательной железе.

У 109 мужчин, страдающих хроническим простатитом, ассоциированным с инфекциями передаваемыми половым путем, состав микрофлоры был мозаичен, но преобладали хламидийная (28,4), уреаплазменная (27,3%) и трихомонадная (14,7%) инфекции.

Этиотропную терапию проводили согласно клиническим рекомендациям Российского общества дерматовенерологов и косметологов (Москва, 2012). Лекарственную терапию сочетали с использованием импульсного низкочастотного магнитного поля с магнитной индукцией, меняющейся в диапазоне от 0,5 мТл до 15 мТл.

Проведенное лечение показало следующие результаты: только у 1 пациента из 109 определилась инвазия (трихомонадная). Таким образом, процент этиологического излечения составил 99,1 %.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ У БОЛЬНЫХ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМОЙ В СОЧЕТАНИИ С РОЖЕЙ

Зинатуллина Г.М.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., проф. Файзуллина Е.В.

Целью нашего исследования явилось изучение клеточного и гуморального иммунитета у больных микробной экземой в сочетании с рожей.

Под нашим наблюдением находились 31 пациент с сочетанной патологией: микробная экзема и рожа, 50 – здоровые доноры.

Всем больным проведено иммунологическое исследование как клеточного, так и гуморального иммунитета до патогенетического лечения (2-й день заболевания).

Пациенты с сочетанной патологией рожа и микробная экзема имели заболевание чаще в возрасте от 30 лет и старше, а наибольшее количество случаев наблюдалось в возрасте от 60 лет. Женщины болеют чаще мужчин в два раза (67,7% и 32,3% соответственно).

При всех формах заболевания процесс локализовался на нижних конечностях (100%). Преобладающая форма рожи – эритематозная (45,7%), эритематозно – буллезная наблюдалась у 19,6%, эритематозно-геморрагическая у 21,7% больных, буллезно-геморрагическая – 13,0%. У всех пациентов наблюдалась рецидивирующая форма рожи. Преобладающей формой микробной экземы были микотическая (50,0%) и варикозная (21,7%). Микоз стоп наблюдался у 50,0% пациентов, сахарный диабет – 6,5%. У 6,45% больных сочетанная патология сочеталась с трофической язвой голени (тяжелая степень течения болезни), у 17,4% наблюдались аллергии.

Иммунный статус пациентов с сочетанной патологией характеризовался значительной Т-клеточной недостаточностью: уменьшением Т-лимфоцитов ($36,4 \pm 1,34\%$) почти вдвое по сравнению со здоровыми ($64,0 \pm 1,20$), Т-хелперов ($24,7 \pm 1,3\%$), Т-супрессоров ($8,96 \pm 0,52$), снижением содержания Ig A ($1,22 \pm 0,12$) по сравнению со здоровыми ($1,7 \pm 0,18$), Ig G ($8,25 \pm 1,35$) и Ig M ($0,48 \pm 0,02$) с достоверностью $p < 0,05$. У обследованных больных выявлен дисбаланс клеточного и гуморального иммунитета.

Исходя из вышеизложенного, необходим поиск новых иммунокорректирующих препаратов в составе комплексной терапии у больных с кожной и инфекционной патологией.

ПРИЧИНЫ РОСТА ПОБОЧНЫХ РЕАКЦИЙ НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА, СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ

Давыдов Ю.В.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – д.м.н., проф. Файзуллина Е.В.

Проблема осложнений лекарственной терапии становится все более актуальной во всем мире. Однако, вместе с ростом количества лекарственных препаратов растут и побочные реакции, возникающие вместе с их применением.

По мере роста числа лекарственных средств, используемых для лечения различных категорий больных, увеличивается и риск возникновения у них нежелательных (адверсивных) побочных реакций. Так, до появления сульфаниламидов (конец 30-х гг. XX века) осложнения медикаментозного лечения наблюдались лишь у 0,5-1,5% больных, а в настоящее время только у больных, находящихся в стационаре, они возникают в 15-30% случаев.

По материалам ВОЗ (2006), 50 из 1000 госпитализированных в стационар больных направляются на лечение в связи с медикаментозными осложнениями. У лиц, лечащихся амбулаторно, число осложнений от терапии составляет 2-3%, а у тяжело больных, лечащихся в стационаре, - от 6 до 35%, а увеличение сроков госпитализации как следствие побочных реакций составляет от 1 до 5,5 дней. По данным других авторов, медикаментозное осложнение наблюдается 10-20% людей, принимающих лекарственные средства.

По имеющимся данным, распространенность побочных реакций вследствие применения лекарственных средств в различных пределах зависит от многих факторов: количественного роста и расширения ассортимента фармакологического рынка, контингента больных (пол, возраст, сопутствующие заболевания, профессия, характер питания и пр.). Летальность от побочных реакций занимает 5 место в мире после сердечно-сосудистых заболеваний, заболеваний легких, онкологических заболеваний, травм.

Именно лекарственные средства служат причиной смерти у 0,01% хирургических и 0,1% терапевтических стационарных больных.

Риск развития только аллергических реакций для большинства лекарственных препаратов составляет от 1 до 3%.

Лекарственная аллергия относится к достаточно распространенным и серьезным видам побочных реакций на лекарственные средства, она затрагивает врачей всех специальностей и лечебных учреждений любого профиля.

Общие принципы лечения больного лекарственной аллергией: отмена всех лекарственных средств, кроме жизненно необходимых, назначение голодной паузы или гипоаллергенной диеты, обязательная фиксация данных о развитии лекарственной аллергии в медицинской документации.

ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ СТРЕССА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ (КЛИНИКО-ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Усманова А.Р.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – д.м.н., проф. Файзуллина Е.В.

Целью настоящей работы явилось изучение влияния стресса на качество жизни дерматовенерологических больных.

Материалы и методы: анкета-опросник, которая включала в себя сведения об уровне тревоги и депрессии по госпитальной шкале HADS, о значении дерматологического индекса качества жизни DLQI, индекса качества жизни по опроснику SF-36.

Результаты собственных исследований и выводы:

Значение степени тяжести тревоги и депрессии у дерматовенерологических больных превышает таковой у лиц контрольной группы: $17,0 \pm 1,5$ и $11,6 \pm 1,2$ соответственно ($P=0,005$). По шкале HADS данные больные имеют клинически выраженную тревогу и депрессию (при балльных значениях по шкале HADS > 11 баллов).

Среднее значение дерматологического индекса качества жизни у дерматовенерологических больных составляет $9,1 \pm 1,4$ баллов, что, безусловно, означает умеренное влияние кожного процесса на качество жизни больного. Соответственно, у лиц контрольной группы среднее значение составляет $1,8 \pm 0,6$ баллов, что свидетельствует о незначительном влиянии ($P=0,0001$). Высокое значение дерматологического индекса в большинстве случаев встречается у дерматовенерологических больных с высоким уровнем тревоги/депрессии (при ДИКОЖ: 21-30 баллов - HADS = $32,3 \pm 1,2$ баллов).

Патологические кожные процессы негативно влияют на качество жизни дерматовенерологических пациентов. У пациентов снижен физический (GH = $50,0 \pm 3,4\%$ общее состояние здоровья, RP = $39,2 \pm 7,5\%$ физическое функционирование), и психологический компоненты (RE = $37,6 \pm 7,8\%$ эмоциональное функционирование, SF = $70,8 \pm 4,8\%$ социальное функционирование, VT = $47,8 \pm 4,4\%$ жизненная активность, MH = $51,7 \pm 4,1\%$ психическое здоровье), $P=0,01$.

С возрастом у дерматовенерологических больных возрастает как уровень тревоги/депрессии (17,03±1,5 баллов), так и значение дерматологического индекса (9,1±1,4 баллов).

Женщины более склонны к тревоге и депрессии (20,2±1,9 баллов), по сравнению с мужчинами, и имеют клинически более выраженный кожный процесс (ДИКЖ=9,8±2,1 баллов).

Чем лучше и доброжелательнее окружающие люди относятся к болезни дерматовенерологического больного, тем меньше у пациентов уровень тревоги/депрессии (15,1±2,1 баллов).

АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ В ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Быкова Н.Е., Ситдикова Д.И., Вульфсон К.В.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., проф. Шапов Б.А.

Применение физиотерапевтических процедур повышает эффективность лечения дермато-логических больных.

Цель: провести анализ использования физиотерапевтических методов лечения в дермато-логическом стационаре.

Методы исследования: был проведён математический анализ данных отчётов физиотерапевтического кабинета дерматологического стационара ГАУЗ РККВД МЗ РТ за период 2010-2012гг. (количество процедур отпущенных пациентам в абсолютных цифрах и в условных процедурных единицах). Процедуры отпускались пациентам круглосуточного стационара (КСС) и палаты дневного пребывания (ПДП).

Полученные результаты. Все пациенты в процессе терапии получали физиотерапевтические методы лечения: в 2010 г. 53% пациентов КСС и 37% пациентов ПДП; в 2011 г. пациентов КСС было 60%, ПДП – 40%; в 2012 г. пациентов КСС было 62%, а ПДП – 38%.

Было установлено, что в 2010 г. количество полученных процедур на 1 больного КСС составило №38, ПДП – №38; в 2011 г. пациенты КСС получили процедуры №35, а ПДП – №36; в 2012 г. пациенты КСС получили процедуры №36, а ПДП – №35.

Наибольшее количество процедур было отпущено на аппарате облучатель ультрафиолетовый для тела УФО-1500: в 2010 г. у пациентов КСС в 70% процедур, в ПДП в 68% процедур, 2011 г. у пациентов КСС в 72% процедур, в ПДП в 75% процедур; в 2012 г. у пациентов КСС в 75% процедур, в ПДП в 74% процедур.

По правилам и нормативам СанПиН 2.1.3.1375-03 от 6 июня 2003 г. № 124 для стационаров охват больных физиотерапевтическими методами лечения составляет 40-60%, среднее количество процедур на одного больного составляет 15-20 процедур. Показатели работы физиотерапевтического кабинета в КССи ПДП превышали эти нормы. Сравнительный анализ установил, что наибольший охват пациентов физиотерапевтическим лечением в КСС наблюдался в 2012 г., а в ПДП в 2011 г.

Выводы. Все дерматологические пациенты в процессе терапии получали физиотерапевтические методы лечения. Наибольшее количество процедур было отпущено пациентам КСС на аппарате облучатель ультрафиолетовый для тела УФО-1500.

УГРЕВАЯ БОЛЕЗНЬ КАК ПРИЧИНА УХУДШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Пахомова А.И., Канюков С.С.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., проф. Батыршина С.В.

Актуальность проблемы угревой болезни обусловлена высокими показателями распространённости, значительным влиянием на психоэмоциональную сферу, социальный статус и общественную адаптацию.

Цель работы. Установление зависимости активности развития заболевания и ухудшения качества жизни пациентов.

Метод. Клинико-визуальное обследование, изучение психосоциальных аспектов на основании оригинальной анкеты.

Результаты и выводы. Данный дерматоз представляет собой хроническое заболевание, а не просто легко проходящее состояние подросткового периода. Оно имеет: пролонгированное течение; вспышки обострений и ремиссий; развивается остро или клиника нарастает постепенно; существенно влияет на качество жизни, изменяя психологический и социальный статус.

На основании изучения психосоциальных аспектов угревой болезни, а именно: локализации и видимости, пола и возраста, претензий к своей внешности, предварительного опыта детства, чувства самооценки, навязчивых страхов, ипохондрии, слабоволия, депрессии нами определены 3 личностные группы пациентов. Первая из них представляла «равнодушных», которые составили 20% обследуемых, считающих угревую болезнь временным явлением. Вторая - «активных» (40%), лечащихся самостоятельно. Третья группа состояла из «депрессивных» (40%), переживающих сильную эмоциональную нагрузку. Эти пациенты имеют ущемлённую самооценку и чувство собственной неполноценности, замыкаются в себе и ожидают незначительные позитивные изменения.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ МУЖСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ИППП

Шиляева О.Е.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., асс. Халилов Б.В.

Цель: Изучить аспекты диагностики и лечения заболеваний мужской репродуктивной системы, ассоциированных с инфекциями передаваемыми половым путем.

Материалы и методы применяемые нами в ходе проведения исследовательской работы. Нами наблюдались и обследовались 29 мужчин в возрасте от 27 до 41 года, при их обследовании применялись стандартные микроскопические методы исследования на возбудителей инфекций передаваемых половым путем, также применялась полимеразноцепная реакция (ПЦР – диагностика), в ходе скрининга установлено следующее : жалобы на клинические и субъективные проявления предъявляли

лишь 8 человек, путем лабораторных исследований наличие возбудителя ИППП было установлено в 10 случаях. Всем пациентам в ходе исследования была проведена процедура уретроскопии с применением цифрового оптического волоконного уретроскопа (в зависимости от показаний проводили переднюю и тотальную ирригационную уретроскопию), также всем было назначено проведение трансректального ультразвукового исследования предстательной железы. При обработке результатов, полученных при использовании эндоскопических методов исследования, выявлено, что у всех пациентов имеются хронические очаги воспалительных заболеваний, ассоциированных с ИППП. Также нами проводился адресный забор биоматериала с последующим бактериологическим исследованием на наличие ДНК возбудителя ИППП.

Выводы: На сегодняшний день, количество больных хроническими формами ИППП, и различными осложнениями репродуктивной системы, возникающими при проведении неадекватной терапии, неуклонно растет. Это связано с тем, что не всегда стандартные лабораторные методы исследования позволяют выставить полный топический диагноз. Поэтому, на наш взгляд, необходимо выработать единый алгоритм диагностики ИППП с применением не только лабораторных, но и инструментальных методов диагностики и лечения ИППП.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АКНЕ ПРЕПАРАТОМ "СОТРЕТ"

Зайдуллина Т.Р., Хайретдинова К.Ф.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – к.м.н., асс. Зайдуллина Т.Р., к.м.н., асс. Хайретдинова К.Ф.

Акне - весьма распространенный дерматоз. Эффективная терапия акне составляет актуальную, социальнозначимую задачу. "Сотрет"- генерический препарат изотретиноина, средство патогенетической терапии акне.

Цель работы: Изучить эффективность лечения акне препаратом «Сотрет». Материалы и методы: Проведен анализ терапии препаратом «Сотрет» больных с акне, обратившихся в поликлинику Республиканского кожно-венерологического диспансера с сентября по ноябрь 2012 года. В исследуемую группу вошло 19 больных с акне со среднетяжелой и тяжелой степенью тяжести, в возрасте от 16 до 25 лет, из них женщин-36,8%(n=7), мужчин-63,2%(n=12). Длительность заболевания у 100%(n=19) больных составила от 1 до 3 лет. У 73,7%(n=14) больных высыпания локализовались только на лице, у 26,3%(n=5) на лице, спине и груди. При изучении наследственности у 42,1%(n=8) больных выявлено акне у одного из родителей. Преобладали пациенты со среднетяжелым течением акне 57,9%(n=11), с тяжелым течением - 42,1%(n=8). Всем больным был назначен "Сотрет" в дозе 0,5-1 мг/кг в сутки предполагаемым курсом до 6-8 месяцев. Клинико-лабораторный контроль проводили до начала терапии, а также каждый месяц. Через месяц у 100%(n=19) больных отмечалась позитивная динамика: уменьшение жирности кожи, пустулы регрессировали вдвое, количество папул сократилось на 20%. Ко 2 месяцу терапии наблюдались единичные папулы при определенном количестве комедонов, новые элементы не появлялись. У больных с тяжелым течением отмечался более торпидный ответ на лечение, узлы разрешились на 2-3 месяце лечения, но эффект был явным. Из 100%(n=19) обследованных, 26,3%(n= 5) пациентов, начавших лечение в сентябре 2012 года, курс лечения закончили; у 21,1%(n= 4) больных - клиническая ремиссия, у 26,3%(n= 5) - значительное улучшение, остальные пациенты, вступившие в исследуемую группу в более поздний срок, лечение продолжают.

Вывод: Анализ проведенной терапии демонстрирует эффективность и безопасность препарата. В связи с малоплатежеспособным контингентом больных, обращающихся в поликлиники и дорогостоящим лечением акне, при выборе системного ретиноида предпочтителен более дешевый генерический препарат. Таким образом, "Сотрет" - высокоэффективный препарат для терапии акне и доступный для основной массы больных с акне.

МИКРОФЛОРА КОЖИ У БОЛЬНЫХ АКНЕ

Гордеева А.М.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – д.м.н., проф. Батыршина С.В.

Ведущие факторы в развитии акне известны. Ими являются: гиперсекреция кожного сала, фолликулярный гиперкератоз, гиперколонизация протоков сальных желез *Propionobacterium acnes* (*P. acnes*) и воспаление.

На поверхности кожи у пациентов, страдающих угрями определяются чаще всего *P. acnes*, *Staphylococcus epidermidis*, *Malassezia furfur* (*Pityrosporum ovale*), *Micrococcus spp.*, аэробные бактерии рода *Corynebacterium*. Аналогичное микробное представительство имеется и в фолликулах с той разницей, что две последние группы представителей микрофлоры регистрируются в этой локализации в значимо меньшем количестве. Установлено, что у больных в устье железы чаще выявляется комбинация липофильных дрожжей рода *Pityrosporum* (*P. ovale* et *orbiculare*) и бактериальной флоры (*P. acnes*).

Цель: Установить частоту выявления микотической флоры, сопровождающих угри

Материалы и методы: Клинико-визуальное, микроскопическое и культуральное исследование 153 пациентов, страдающих угрями.

Результаты исследования: При обследовании нами 153 пациентов в возрасте от 14 до 38 лет установлена бактериальная флора: *staphylococcus epidermidis* - 58 (37,91%), *staphylococcus haemolyticus* - 52 (33,33%), *staphylococcus aureus* - 20 (13,07%), *acinetobacter* - 12 (7,84%), *enterobacter agglomerans* - 4 (2,61%), *citrobacter diversus* - 1 (0,65%), у 48 (31,37%), из них у 48 (31,79%) пациентов была верифицирована микотическая флора: *malassezia furfur* - 20 (13,07%), *candida albicans* - 31 (20,26%), *candida parapsilosis* - 5 (3,27%), *trichorhyton mentagrophytes* - 7 (4,57%), *penicillium griseofulvum* - 6 (3,92%), *rhodotorula rubra* - 4 (2,61%), *rhyzopus nigricans* - 3 (1,96%).

Выводы: Таким образом, достаточно частое выявление у пациентов, страдающих угревой болезнью, возбудителей, ответственных за развитие микотической патологии, свидетельствует о нередком присутствии фактора, отягчающего течение данного дерматоза, что непременно должно быть учтено при формировании их диагностического и терапевтического маршрутов.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ КОЖИ ПОСЛЕ КУРСА ПОВЕРХНОСТНОГО ХИМИЧЕСКОГО ПИЛИНГА У КОСМЕТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Стегунова Н.А.

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

Химический пилинг лица (от англ. peel «отшелушивать») – контролируемый метод удаления слоя кожи определенной толщины, которое вызывает регенерацию разрушенной поверхности и анаболическую стимуляцию нижележащих слоев кожи. Воздействие органических кислот на поверхностные и средние слои кожи обеспечивает равномерное отшелушивание нескольких слоев омертвевших клеток, что, в свою очередь, стимулирует синтез коллагена и эластина. В результате возникают молодые эпидермальные клетки, происходит общее омоложение кожи. Также пилинг является средством избавления от комедонов, неровностей кожи и пигментных пятен (Эрнандес Е.И., 2011).

Цель работы: изучить удовлетворенность процедурой химического пилинга косметологических пациентов.

Материалы и методы. Нами было обследовано 50 пациентов женского пола, проходивших курс поверхностного пилинга с октября по декабрь 2012 косметологической клиники «Ханбикэ-косметология» г. Казани. Пациентки были разделены на 3 возрастные группы: 1–от 18 до 29 лет, 2–от 30 до 49 лет, 3–от 50 до 69 лет.

Результаты. Из всех пациентов 25(50%) женщин делают поверхностный химический пилинг с периодичностью 1 раз в году, курсом 6-8 процедур, 17(34%) делали пилинг впервые. Остальные 8(16%)–хотели бы сделать процедуру пилинга, но опасаются чрезмерного шелушения кожи. После процедуры пилинга лишь 2(4%) пациентов из общего количества обследованных, испытывали сильное шелушение, зуд, жжение, 29 (58%) не испытывали никаких неприятных ощущений, а 19(38%) испытывали небольшие неприятные ощущения в виде незначительной гиперемии лица сразу после проведения пилинга. Наибольший процент (16%) составили лица возрастной группы от 50-69 лет. Мы выяснили, что у 33 женщин (66%) состояние кожи после процедуры пилинга не оказало влияния на досуг и социальную активность, и лишь 6%(3) испытали дискомфорт от процедуры пилинга в повседневной жизни.

Выводы: популярность химических пилингов может быть объяснена тем, что после процедуры пилинга пациенты не испытывали никаких неприятных ощущений и состояние их кожи не повлияло на досуг и социальную активность

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ И СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ У БОЛЬНЫХ АКНЕ

Зайдуллина Т.Р., Хайретдинова К.Ф.

Казанский государственный медицинский университет

Акне – распространенный, актуальный, хронический дерматоз, поражающий видимые коммуникативно значимые участки кожи. Цель: Изучить влияние акне на состояние психоэмоциональной сферы, социальную адаптацию больных. Материалы и методы: На основании разработанных нами анкет был проведен анонимный опрос 54 больных Республиканского кожно-венерологического диспансера в период с июля по декабрь 2012 года. В результате исследования было выявлено 54 пациента в возрасте от 15 до 35 лет. Среди них 38 (70,4%) женщин и 16 (29,6%) мужчин. Легкая степень тяжести акне наблюдалась в 35,2% случаев, средняя и тяжелая в 51,8% и 13% соответственно. Длительность заболевания в 61,1% случаев составила 1-3 года, в 38,9% – более 3 лет. Исследование показало, что 81,5% респондентов считают себя больными при ухудшении состояния кожи; 18,5% - считаю себя абсолютно здоровыми. 63% опрошенных постоянно испытывают неуверенности в себе из-за проблем с кожей; 24% - редко; 13% - не испытывают проблем. 59,3% больных проблемы с кожей сильно мешают социальной жизни; 27,7% - мешают иногда; 13% - совсем не мешают. 44,4% респондентов избегают общественных раздевалок, пляжи; 41,5% - только в присутствии лиц противоположного пола; 14,1% - не избегают. 42,7% больных всегда скрывают проблемы с кожей используя тональный крем, прикрывая волосами; 27,7% - иногда по важности событий; 29,6% - не скрывают. Для 51,8% респондентов акне являются помехой в построении личных отношений, для 48,2% - это небольшая проблема. 27,2% респондентов не нравятся свои фотографии; 39,5% - нравятся при использовании фотшопа; 33,3% - нравятся только фотографии, сделанные издалека. 29,6% больных отметили, что состояние кожи влияет на настроение, самочувствие; 46,3% - влияет только при отсутствии маскирующих средств; у 24,1% - не влияет. 94,4% больных акне никогда не посещали мысли о суициде; 5,6% больным иногда приходят такие мысли в период обострения заболевания. 100% опрошенных хотели бы выглядеть лучше.

Вывод: Акне - психоэмоциональный дерматоз, приводящий к социальной дезадаптации, снижению качества жизни больных. Наименьшая продолжительность заболевания акне демонстрирует менее выраженные адаптативные возможности пациента. Существующая эффективная терапия акне позволяет решить данную острую социальнозначимую проблему.

ТЕХНОЛОГИИ КРИОТЕРАПИИ В ДЕРМАТОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ

Якубова А.Ш., Симонова Е.Н., Акберова Д.Р.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., проф. Батыршина С.В.**

Криотерапия предполагает воздействие на человеческий организм сверхнизких температур. Из эффектов, получаемых в результате её использования, прежде всего, доказаны: анальгетический, антиэкссудативный, регенеративный, иммуномодулирующий, гипоталамо-гипофиз-индуцирующий, антигипоксический, сосудосуживающий/сосудорасширяющий, лифтиновый и антицеллюлитный, что предполагает их широкое использование. Различают следующие варианты технологий криотерапии: криопилинг, криомассаж, криоэлектрофорез, криодеструкция, криосауна, наиболее востребованные практикой.

Целью нашего исследования было изучение эффективности криотерапевтических методик, используемых в дерматологии и косметологии.

Результаты и их обсуждение. Прекрасный клинический эффект, достигнутый нами более чем в 90% случаев, отмечен при использовании данной технологии в варианте криодеструкции, в комплексной терапии пациентов, имеющих папилломавирусную инфекцию, клинически представленную как единичными, так и множественными образованиями. Рецидивов за период контроля в течение 1 года не отмечено.

У пациентов, имеющих хронические дерматозы в варианте атопического дерматита, псориаза, включение криомассажа в комплекс терапевтических мероприятий позволило добиться существенного снижения зуда (что определялось на основании мониторинга значений пруригоиндекса) у первых из них, а также времени рассасывания патологических образований, представленных очагами лихенификации или папул.

Данная технология с успехом использована нами у 15 пациентов, страдающих угревой болезнью. Её проведение на заключительном этапе реабилитации пациентов позволило улучшить рельеф кожи пациентов, а также предупредить или снизить степень активности процессов, определяемых как постакне.

Заключение. Таким образом, криотерапия является методом, рекомендуемым для более активного внедрения в практику врачей дерматовенерологов и косметологов, позволяющим более активно управлять процессом реабилитации дерматологического здоровья.

ГОНОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ И ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Мунавирова А.А.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – д.м.н., проф. Файзуллина Е.В.

Актуальность проблемы заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП), в России и мире обусловлена рядом факторов, таких как: ЗППП в России увеличиваются более быстрыми темпами у женщин, чем у мужчин, что, безусловно, сказывается на репродуктивном здоровье женщин и как следствие демографической ситуации в стране; снижается средний возраст заболевших, то есть ИППП имеет тенденцию «молодеть», что так же представляет опасность для воспроизводства здорового потомства; венерические болезни, особенно сифилис и гонорея, при неправильном лечении, принимают хроническое течение, что не только увеличивает период контагиозности и затрудняет дальнейшую элиминацию возбудителя из макроорганизма, но и на длительный срок лишают заболевшего трудоспособности; одно из лидирующих мест в структуре ИППП занимает гонококковая инфекция.

К неблагоприятным последствиям заболеваемости половыми инфекциями можно отнести: увеличение лиц, страдающих бесплодием, снижение деторождаемости. Каждая 5-я семья в РТ по тем или иным причинам не может иметь детей. Хронические воспалительные заболевания внутренних половых органов у женщин, например, на 75-80% вызваны перенесенными ранее или имеющимися в настоящее время ИППП с хронической или латентной текущей формой.

Изучение заболеваемости гонореей по обращаемости показало, что в последнее десятилетие наблюдался ее рост в Республике Татарстан с 49,1 в 1997 году до 108,2 в 2006 году. Наибольшая заболеваемость данной патологией отмечена в возрастной группе 20-29 лет, на долю которой приходилось в Республике Татарстан 57,6%

Гонококковая инфекция является важной проблемой здравоохранения Республики Татарстан, от которой зависят продолжительность жизни населения, репродуктивные потери, и, следовательно, демографическая ситуация;

Первичной профилактикой гонореи является индивидуальная профилактика: предотвращение заражения, уменьшение рисков возникновения инфекций, передаваемых половым путем.

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Халилова Р. Г.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – д.м.н., проф. Батыршина С.В.

В структуре хронических дерматозов атопический дерматит (АД) занимает одну из лидирующих позиций. Доля в ней АД достигает 50-75% с тенденцией к росту. Согласно последним международным данным от 15-27% детей всего мира страдают данным дерматозом. В Российской Федерации его распространенность у детей составляет 5,2-15,5%.

Цель исследования: Изучение клинико-anamnestических особенностей течения атопического дерматита у детей в различные возрастные периоды.

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 97 детей, страдающих атопическим дерматитом, в возрасте от 3-х месяцев до 18 лет, с длительностью заболевания от 2 недель до 10 лет.

Дизайн исследования включал: клинико-визуальное обследование с определением степени тяжести заболевания в соответствии со шкалой SCORAD, изучение и мониторинг структурных и функциональных параметров кожи (микрорельефа, микротопографии, корнеометрии), характеристику и контроль микробной флоры кожи с определением статуса ее патогенности и чувствительности к топическим антибактериальным и антифунгальным препаратам, аллергологическое обследование (с определением уровня общего и специфических IgE, проведение скарификационных проб).

Результаты: При анализе полученных данных установлено, что дебют заболевания с 3-4 месячного возраста наблюдался у 68 (70,1%) больных, старше 2-х лет у 22 (22,6%) пациентов, и у 7(7,2%) пациентов в возрасте от 7 лет. Легкая степень выраженности АД установлена у 25 (25,8%) пациентов, средне-тяжелое течение было у 65 (67,0%) детей, тяжелое – у 7 (7,2%) больных. Дерматологический статус представлен поражениями кожи лица, особенно в её периоральной области, различными степенями гиперемии, инфильтрации, лихенизации, наличия экскориаций на коже туловища и конечностей, сопровождаемые субъективными ощущениями в варианте зуда, сухости кожи, различными по степени выраженности, что и стало основанием для определения степени тяжести течения АД у больных.

У 82 (84,0%) детей выявлено наличие атопических заболеваний у ближайших родственников в варианте: атопического дерматита, аллергического ринита, аллергического конъюнктивита, бронхиальной астмы. У 9 (9,2%), из числа наблюдаемых нами больных, АД сопутствовали аллергический ринит (у 5 пациентов), аллергический конъюнктивит (у 3 больных) и бронхиальная астма (у 1 ребенка).

Установлено, что у детей младшего возраста доминирующее значение имели пищевые аллергены. При этом выявлена четкая корреляция развития АД в период перехода от естественного вскармливания к искусственному. У детей старше 3-х лет наряду с пищевыми аллергенами отмечалось увеличение этиологической роли бытовых, клещевых, пыльцевых, грибковых аллергенов с формированием у них поливалентной сенсибилизации.

Сопутствующая микрофлора, определяемая скрининговыми и диагностическими методиками, включающими микроскопические, бактериологические и вирусологические технологии, была достаточно разнообразной. Она представлена грибами рода: *Candida albicans*; *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton mentagrophytes*. Следовательно микромир кожи разнообразен и пред-

ставлен либо допускаемой условно-патогенной флорой, возбудители которой верифицированы в значениях, превышающих норму, либо патогенной флорой.

У 63 (65,0%) пациентов выявлена сопутствующая патология органов желудочно-кишечного тракта. Отмеченные нами трудности общения практически со всеми пациентами, непростые взаимоотношения родителей и детей, а также сложности общения пациентов со сверстниками, свидетельствуют о необходимости расширения консультаций с специалистами, занимающимися этими проблемами.

Выводы: Таким образом, в ходе проведенного исследования, установлено, что множество внешних, внутренних факторов влияют на развитие и течение атопического дерматита, что должно учитываться при формировании диагностического и терапевтического маршрутов пациентов. Установлено преобладание средней тяжести и тяжелых форм течения АД. Продолжает оставаться актуальным изучение микромира кожи, а также психологического статуса пациентов.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ УРЕТРИТОВ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАВАЕМЫМИ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Якубова А.Ш., Горелкин И.В.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – д.м.н., проф. Абдрахманов Р.М., к.м.н., асс. Халилов Б.В.

Множество клинических проявлений хронических уретритов связано с большим разнообразием этиологических факторов, которыми, как показывает практика, чаще всего, являются патогенные микроорганизмы, передаваемые половым путём.

Переход процесса в хроническую форму ведёт к исчезновению симптомов, что в дальнейшем может привести лишь к утяжелению течения заболевания и присоединению осложнений.

В этом свете имеется условие необходимости наиболее скорой и эффективной диагностики как острых, так и хронических уретритов.

Цель работы: рассмотрение путей оптимизации диагностики и лечения уретритов, ассоциированных с ИППП.

Задачи исследования:

Изучить клинические и этиологические аспекты уретритов, ассоциированных с ИППП, выделить их особенности.

Оценить значение имеющихся инструментальных методов обследования уретры, рассмотреть показания к их применению и преимущества.

На основании вышперечисленного усовершенствовать алгоритм диагностики и повысить эффективность лечения

Материалы и методы:

В качестве категории выбора нами были взяты мужчины в возраст 30-39 лет.

Объём выборки - 150 человек.

Распространённость хронического уретрита среди выборки составила 35%.

В ходе исследования нами были использованы следующие методы: анкетирование больных, общие анализы крови и мочи, клинико-серологическое исследование на сифилис, на ВИЧ инфекцию, бактериоскопическое исследование отделяемого из уретры (мазок), бактериологическое исследование отделяемого из уретры,

Результаты:

Были получены следующие данные по частоте встречаемости микроорганизмов в мазках из уретры до лечения и после: Chlamydia trachomatis - 9,1% / 1%, Mycoplasma hominis - 14,6% / 1%, Ureaplasma urealyticum - 16,4% / 0% Neisseria gonorrhoeae - 3,6% / 0% Trichomonas vaginalis - 10,9% / 0%, Gardnerella vaginalis - 9,1% / 0%

Herpes simplex virus - 4,6% / 0%, Candida albicans - 5,5% / 0%

Cytomegalovirus - 2,7% / 0%, Ассоциированные инфекции - 23,7% / 0%.

Заключение:

В результате проведённого исследования улучшились аспекты: характер выделений из уретры (99,2%), дизурические расстройства (98,2%), сексуальные расстройства (81,0%) и психосоматические расстройства (98,3%). Таким образом, мы выявили улучшение показателей качества жизни и состояния больных после совместного применения новых алгоритмов лечения и диагностики.

КЛИНИЧЕСКАЯ И МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ОНИХОМИКОЗОМ, ПОЛУЧИВШИХ ЛЕЧЕНИЕ РАЗЛИЧНЫМИ АНТИМИКОТИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ

Файзуллин Я.В.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – проф., д.м.н. Файзуллина Е.В.

Актуальность. Проблема онихомикоза, широко распространенного грибкового заболевания ногтей, вызываемого дерматомицетами, дрожжевыми или плесневыми грибами, является актуальной в виду высокой контагиозности.

Цель: микологическое обследование 163 человек, обратившихся на кафедру дерматовенерологии КГМУ и результаты их лечения.

Методы: микробиологический, статистический, аналитический.

Результаты: было обследовано 163 пациента - 110 женщин (67,3±3,7) и 53 мужчин (32,7±3,7). При поражении грибом *Tg. rubrum* значительно преобладает тотальные дистрофические поражения ногтевых пластинок - в 39,4% случаев ($p < 0,0001$) и редко отмечаются проксимальный тип и начальные проявления болезни, что составляет соответственно 3,3% и 5,8%. При поражении грибами рода *Candida albicans* преобладает проксимальный тип онихомикоза в 76,7% случаев ($P < 0,0001$). Пациенты в возрасте менее 21 года и в возрастной группе 21 до 30 лет отмечалось преобладание малого стажа болезни (до 1 года) по сравнению со стажем болезни более 5 лет ($p < 0,01$). У больных от 31 до 40 лет имеется тенденция к преобладанию длительности заболевания от 1 года до 5 лет ($p < 0,001$). У пожилых лиц (от 51 до 60 лет) преобладали сроки болезни более 5 лет ($p < 0,05$). С увеличением продолжительности терапии отмечается тенденция к снижению встречаемости дистального и поверхностного белого типов онихомикозов. В тоже время при длительных сроках лечения (более 12 месяцев) отмечается преобладание проксимального типа поражения ногтей.

ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ

МОЗГОВОЕ КРОВООБРАЩЕНИЕ У ДЕТЕЙ С НЕЙРО-МЫШЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Валиуллина А.Н., Ахметов З.Р.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – к.м.н., доц. Билялов М.Г.

Цель: Исследование экстракраниальных сосудов головного мозга у детей с функциональными расстройствами мочеиспускания.

Материалы и методы: Изучено 22 больных: девочек 6 (27,3%) и мальчиков 16 (72,7%); в возрасте: 4-7 лет – 2 детей (9%), 8-11 лет – 7 (31,8%), 12-14 лет – 10 (45,5%), 15-17 лет – 3 (13,6%).

Клинические признаки нарушения мочеиспускания: ночное недержание мочи – у 20 (90,9%) детей, недержание мочи во время дневного сна – у 9 (40,9%), императивные позывы на мочеиспускание – у 15 (68,2%), императивное недержание мочи – у 7 (31,8%), поллакиурия – у 11 (50%), нелокализованные боли в животе – у 6 (27,3%).

Больным проведены: ретроградная цистометрия; доплерография экстракраниального отдела магистральных артерий головы проводилась с использованием Acusson/Sequoia 512 XP экспертного класса.

Результаты цистометрии: неадаптированный мочевой пузырь (МП) – у 16 (72,7%) больных, из них гиперрефлекторный – у 10 (62,5%), норморефлекторный – у 2 (12,5%), гипорефлекторный – у 1 (6,25%), и постуральный вариант – у 3 (18,75%); адаптированный МП – у 6 (27,2%), из них гиперрефлекторный – у 4 (66,7%), и постуральный вариант – у 2 (33,3%) больных.

Анализ данных доплерографии у 100% больных выявил следующие нарушения: искривление сосудов – у 13 (59,1%) больных, в том числе позвоночных артерий – у 9 (у 5 – с обеих сторон, у 4 – с одной стороны), внутренней сонной артерии – у 3 (у 1 – с обеих сторон, у 2 – с одной стороны), общей сонной артерии – у 1 (односторонний изгиб); извитость сосудов у 5 (22,7%) в том числе позвоночных артерий – у 3 (с обеих сторон), внутренней сонной артерии – у 1 (с обеих сторон), общей сонной артерии – у 1 (с одной стороны); аномалия входа в позвоночный канал – у 2 (9,1%) с одной стороны и гипоплазия позвоночной артерии – у 1 (4,5%) с одной стороны. У 5 (22,7%) больных патологии сочетались.

Выводы: Полученные результаты свидетельствуют о необходимости комплексного обследования больных с нейро-мышечной дисфункцией МП, включая состояние мозгового кровоснабжения, что позволит улучшить качество диагностики и определить новые пути эффективного лечения.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КОНСЕРВАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЕЗНИ ЛЕГГА-КАЛЬВЕ-ПЕРТЕСА

Габбасов Д.Ф., Лобашов В.В.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – д.м.н., проф. Гребнев П. Н.

Цель.

Изучить эффективность консервативного и оперативного методов лечения болезни Пертеса.

Материалы и методы.

Проводилось ретроспективное исследование пациентов получавших лечение в ДРКБ города Казани за 2006 -2010 год. Проанализировано 54 истории болезни. Соотношение мальчиков к девочкам – 4 к 1. Составлено 2 группы. Основная группа А (41 человек), получали консервативное лечение в виде массажа, лечебной гимнастики, электрофореза, озокерит-терапии. Контрольная группа В (8 человек), проводилась проводниковая блокада по Школьникову. Исход лечения больных оценивался по шкале CLIP 2012. Статистическая достоверность оценивалась непараметрическим методом критерием Манна-Уитни.

Результаты.

При сравнительной оценке по шкале CLIP группы А (консервативное лечение), и группы В(проводниковая блокада) изменения статистически незначимы ($p>0.05$), но купирование болевого синдрома и увеличение диапазона в группе В движений достоверно отличается при использовании проводниковой блокады ($0.01<p<0.05$)

Выводы.

Выявлена недостаточная эффективность методов консервативного лечения болезни Пертеса, но применение проводниковой блокады допустимо при болевых синдромах и ограничении движений в тазобедренных суставах.

ХИЛОТОРАКС В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА (ВПС)

Зиганшин И.М.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – д.м.н., проф. Гребнев П.Н, к.м.н., асс. Мустафин А.А.

Из 100 родившихся детей с ВПС без оперативного вмешательства от 14 до 20 детей умирают в первую неделю жизни. Неотложная кардиохирургия новорожденных значительно увеличивает шансы на выживание, но сопровождается большим количеством осложнений. Одним из грозных и часто встречаемых осложнений данного контингента пациентов является повреждение грудного лимфатического протока, которое приводит к 20% летальности. На данный момент не существует эффективных стандартов профилактики и терапии хилореи новорожденных с ВПС.

Цель: определить наиболее часто встречаемые причины развития послеоперационной хилореи у новорожденных с ВПС и разработать оптимальные методы лечения и профилактики.

Материалы и методы: В отделении кардиохирургии ДРКБ МЗ РТ в 2011-12 гг. было прооперировано 56 новорожденных с ВПС, из них у 9 детей (в возрасте от 1 дня до 1 месяца) была выявлена хилорея, (из них 3 мальчика, 6 девочек).

Результаты: Основными причинами хилоторакса явились: интраоперационная травма грудного протока (7) и тромбоз верхней полой вены(2), обусловленные анатомическими особенностями ВПС, техникой и областью проведенных операций и искусственного кровообращения. В ходе исследования во время операции была проведена визуализация грудного протока с

помощью метода окрашивания метиленовым синим у 11 пациентов. Визуализация лимфатических сосудов предотвращала их повреждение.

При анализе эффективности терапии хилоторакса были выделены следующие моменты:

1. Назначение антикоагуляционной терапии впервые сутки после операции.
2. Выявлено что «голодные паузы» продолжительностью менее 7 дней увеличивают вероятность рецидивов хилореи.
3. Химический плевродез явился относительно эффективным методом, так как процесс мигрировал в брюшную полость

с развитием хилоперитонеума.

Выводы:

1. Основной причиной хилореи новорожденных с ВПС является операционная травма грудного лимфатического протока.
2. Интраоперационная визуализация грудного протока, методом окрашивания метиленовым синим и раннее назначение антикоагуляционной терапии являются эффективными методами профилактики послеоперационной хилореи.
3. Самым эффективным методом консервативной терапии хилоторакса являются «голодные паузы» сроком на 7 дней.

АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ СИНДРОМОВ SCIWORA И SCIWONA У ДЕТЕЙ

Пономарев Г.В.

Омская государственная медицинская академия

Руководители – д.м.н., проф. Ларькин И.И., д.м.н., проф. Ларькин В.И.

Одной из особенностей повреждения спинного мозга у детей является высокая вероятность его изолированного повреждения (синдром SCIWORA – spinal cord injury without radiograph abnormality). Данный синдром был описан Pang D и Wilberger Jr (1982), как травматическая миелопатия без рентгенологических (в том числе, по данным КТ) изменений. Yucesoy K и Yuksel KZ (2008) описали синдром SCIWONA (spinal cord injury without neuroimaging abnormality), как одну из разновидностей повреждения спинного мозга у детей.

Цель исследования. Установить частоту встречаемости и особенности клинических проявлений обоих синдромов у детей.

Материалы и методы. Проведен анализ клинических случаев 157 детей, в возрасте от 3 до 15 лет, находившихся на лечении в БУЗОО ГДКБ№3 г. Омска в период с 1996 по 2011г. с диагнозом изолированного повреждения спинного мозга. Неврологический статус оценивался по шкале Frankel, всем пациентам проведена рентгенография позвоночника, 63 пациентам проведена МРТ. Для определения степени тяжести повреждения спинного мозга использованы критерии T.Zwimpfer (1990).

Результаты исследования. При поступлении по шкале Frankel у 1 пациента выявлено повреждение типа В, у 8 тип С, у 50 тип D, у 98 тип E. Ушиб спинного мозга диагностирован у 21 пациента, у остальных сотрясение спинного мозга. При проведении рентгенографии позвоночника травматической патологии не выявлено. При МРТ исследовании у 3 пациентов диагностировано кровоизлияние в спинной мозг. У 154 пациентов (синдром SCIWONA) отмечен регресс неврологического дефицита в сроки от суток до 2 недель, до типа E по шкале Frankel. У 3-х пациентов с кровоизлиянием отмечен незначительный регресс неврологического дефицита в течение месяца.

Выводы. 1. Синдром SCIWONA у детей встречается чаще, чем SCIWORA (соотношение 1:50). 2. Исход изолированного повреждения спинного мозга у детей зависит от степени начального неврологического дефицита и МРТ картины повреждения.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕВОЧЕК С ВИРИЛИЗАЦИЕЙ ПРИ НАРУШЕНИИ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА

Гафиятуллина Д.М., Плотникова П.В., Фазлиева Г.Ф.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – д.м.н., проф. Акрамов Н.Р., Закиров А.К.

Врожденная дисфункция коры надпочечников (адреногенитальный синдром) – заболевание, диагностика и лечение которого очень важны с первой недели жизни ребёнка. В связи с нарастающей тенденцией выявления пороков развития женских половых органов вопрос о возможных вариантах оперативного вмешательства становится все более актуальным (Douglas G, Axelrad M, 2010). Немаловажное значение в детском возрасте имеют эмоциональные и социальные аспекты постоперационного периода (Schnitzer J, Donahoe P, 2001). Поэтому, проводимая в раннем периоде одноэтапная операция по пластике женских половых органов считается наиболее приемлемой (Skaba R, Rouskova B, 1999).

Цель исследования: определить оптимальную хирургическую тактику и объем вмешательства при лечении девочек с вирилизацией при нарушении формирования пола.

Материалы и методы. На базе ГАУЗ «ДРКБ» МЗ РТ за период 2008 – 2012гг. нами наблюдались 20 пациенток с нарушениями формирования пола с различной степенью вирилизации половой системы

Возраст оперативного вмешательства был различным. До трехлетнего возраста феминизирующие операции выполнены у 3 девочек, 3-7 лет – 8, 8-12 лет – 4 и 13-17 лет – 5 девочек. Одноэтапная феминизирующая генитопластика использовалась в 14 случаях. Двухэтапная коррекция выполнена у 6 девочек. Осложнения выявлены у двух пациенток в виду сопутствующей патологии.

Заключение: по результатам нашей работы мы склоняемся к мнению о преимуществах ранней одноэтапной феминизирующей генитопластики, как оперативного лечения дающего хорошие результаты и благоприятно влияющие на психологические и социальные механизмы развития ребенка. Работа над улучшением техники и предоперационной подготовки позволит добиться хороших результатов в независимости от времени оперативного лечения.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ И ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВЕНОЗНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Хакимьянов А.И., Умаров Н.А.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – д.м.н., асс. Нурмеев И.Н.

Подготовлено в рамках гранта Президента Российской Федерации МД-809.2013.7

Лечение хирургических заболеваний вен у детей включает в себя ликвидацию регионарной хронической венозной недостаточности и устранение расширенных вен. Современный арсенал врачей представлен различными средствами удаления сосудов.

Цель: обобщение опыта лечения венозной патологии у детей.

Материалы и методы. В 2007-2012 годах в ДРКБ МЗ РТ проведено лечение 85 пациентов с патологией вен. Средний возраст — 14,2 лет. Спектр заболеваний: варикозное расширение вен — 35, венозная ангиодисплазия — 23, посттромботический синдром — 12. Применяли: флебэктомию, склеротерапию, лазерный фототермолиз, комплекс консервативных средств. Вмешательства выполняли лишь по строгим показаниям и при отсутствии эффекта от консервативного лечения более 6 месяцев.

В качестве инструмента контроля эффективности лечения использовали серии цифровых фотоснимков и УЗИ.

Результаты. Достигнуто излечение и улучшение во всех случаях, все полученные результаты хорошие. Показана эффективность и безопасность лазерного лечения, где что подбор режимов и мощностей излучения позволял устранять сосуды от 0,2 до 4 мм в диаметре. Осложнений, в том числе связанных с применением лазерного излучения, не наблюдали.

Выводы. Индивидуальный выбор адекватного и гемодинамически обоснованного способа лечения вен у детей позволяет достигнуть излечения во всех случаях.

ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СЕКВЕСТРАЦИИ ЛЕГКОГО У ДЕТЕЙ

Сабирова Л.А., Семенова М.В.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель — к.м.н., асс. Осипов А.Ю.

Секвестрация лёгкого (СЛ) редкий порог развития, при котором участок легочной ткани, частично или полностью отделившийся на ранних стадиях эмбриогенеза, развивается независимо от основного лёгкого, имеет изолированную бронхиальную систему и кровоснабжение за счет одной или нескольких aberrантных артерий, отходящих от аорты или ее частей. Частота СЛ среди хронических неспецифических заболеваний легких (ХНЗЛ) по данным различных авторов, составляет 0,8- 2%. Выделяют внутридолевую и внедолевую формы СЛ. Наиболее часто болезнь протекает как хронический нагноительный процесс в лёгком, иногда аномалия развития лёгкого выявляется случайно во время рентгенологического исследования. Целью работы явился анализ опыта диагностики и лечения СЛ у детей. Проанализированы истории болезни 22 больных с СЛ за период с 1981 по 2012 годы в возрасте от 1,5 мес. до 14 лет. Внедолевая форма СЛ отмечалась у 14 больных, внутридолевая у 8 больных. Локализация в правом и левом лёгком у 6 и 12 больных соответственно; 4 с забрюшинной локализацией. Отдаленные результаты расположены у всех больных.

Выводы: 1.Своевременная ранняя диагностика СЛ вызывает определенные трудности из- за редкости патологии, отсутствия характерных симптомов, сложности инструментального исследования. 2.Основной метод диагностики рентгенологический, включающий в себя обзорную рентгенографию, томографию, РКТ, бронхологическое обследование и контрастное исследование сосудов (аортография). 3.Оперативное вмешательство основной метод лечения данного порока развития легких и дает хороший результат.

НАБЛЮДЕНИЯ ПОЛИКИСТОЗА ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ

Шахбазова Э.С.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель — к.м.н. Фатыхова Э.Ф.

Поликистоз головного мозга - одна из наиболее сложных проблем в детской нейрохирургии, исходом которого чаще бывает глубокая инвалидность. Поликистоз развивается у пациентов вследствие спаечного процесса с формированием кист в головном мозге и фрагментацией желудочков.

Цель работы: проанализировать наблюдения поликистоза у пациентов с гидроцефалией в отделении нейрохирургии ДРКБ.

Материалы и методы: за период с 2010 по 2012 год в отделении нейрохирургии Детской республиканской клинической больницы на лечении находилось 308 детей с различными формами гидроцефалии. Мальчики — 63%, девочки - 37% в возрасте от нескольких дней до 14 лет. Наибольшее количество составили пациенты в возрасте от 1 месяца до 1 года. Визуализация осуществлялась с помощью магнитно-резонансной томографии, компьютерной томографии и нейросонографии.

По результатам этиологические факторы были разнообразными: воспалительно — инфекционные заболевания, врождённые аномалии ЦНС, объемные образования головного мозга, натальные травмы ЦНС, черепно-мозговые травмы и факторы неуточненной этиологии. В 22,1% случаев гидроцефалия была сообщающаяся; окклюзионный вариант встречался в 77,9%. Поликистоз, сочетанный с окклюзионной гидроцефалией, составил 7,5% случаев.

При наличии венрикулита в сочетании с нарастающей гипертензией проводилась терапия инфекционного процесса, а также наружное дренирование с интратекальным введением антибактериальных препаратов. После санации ликвора при прогрессировании признаков интракраниальной гипертензии проводилась эндоскопическая фенестрация кист, а также при необходимости имплантация ликворшунтирующих систем.

Выводы:

1. По нашим данным в подавляющем большинстве исходом венрикулита является гидроцефалия, в ряде наблюдений осложненная поликистозом.

2. Шунтирующая операция, при необходимости дополнялась эндоскопической фенестрацией кист.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЕДИНОГО ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ДИСГЕНЕЗИЕЙ ГОНАД

Измайлов А.А., Тоштемиров Д.Н.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель — д.м.н., проф. Акрамов Н.Р., Закиров А.К.

В настоящее время лапароскопические методы занимают первое место в диагностике и лечении заболеваний органов малого таза. Данные операции имеют малую продолжительность и хорошо переносятся детьми. В лечебно-диагностическом комплексе у пациентов с непальпируемыми гонадами лапароскопия занимает ведущую позицию.

Целью исследования было оценить преимущества единого эндовидеохирургического доступа в диагностике и лечении детей с патологией гонад.

В условиях Детской республиканской клинической больницы МЗ РТ нами наблюдались дети с нарушениями формирования пола (НФП).

Обследование проводилось с использованием ультразвуковой и лапароскопической визуализацией гонад. Диагностическая лапароскопия по методике единого доступа проведена 10 пациентам с различными формами НФП. В ходе операции использовались изгибаемые инструменты, позволяющие расширить диагностическую процедуру. Осложнений в ходе операции и в послеоперационном периоде не было.

Высокие технические возможности и эстетические результаты делают хирургию единого доступа методикой первоочередного выбора, которая так же актуальна при нарушениях формирования пола. Она объединяет в себе возможность проведения диагностической ревизии гонад и проведения хирургических манипуляций через 2,5 см разрез.

ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ МЕТАЭПИФИЗАРНЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ У ДЕТЕЙ

Семенова М.В., Сабирова Л.А.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – к.м.н., асс. Гильмутдинов М.Р., к.м.н., асс. Осипов А.Ю.

Острый гематогенный остеомиелит - заболевание, характеризующееся острым воспалительным процессом, возникающим в результате проникновения возбудителей гнойной инфекции в кость по кровеносному руслу. Цель работы – анализ течения острого метаэпифизарного остеомиелита (ОГМЭО). Проведен анализ лечения ОГМЭО у 106 детей в возрасте от 11 дней до 2,7 года, проходивших лечение в ДРКБ МЗ РТ (1995-2011). Для сравнительной оценки анализирован архивный материал 50 больных ОГМЭО с 1987 по 1994 гг. Местная форма ОГМЭО встречалась в 73% случаев, септикопиемическая форма - 23,2%, токсическая - 3,8%. Среди осложнений выявлена септическая пневмония - у 22,6%, миокардит -14,1%, поражение почек – 10,3%, токсический гепатит – 8,5%, гнойный перикардит – 2,8%, гнойный медиастинит – 0,9%. У 56,6% детей проведено хирургическое лечение. Проводились бактериологические методы исследования. В 45% случаев высеивался *St. aureus*, в 22% случаев *St. epidermalis*, *E. coli* в 7,4%, *Enterobacter Cloacae* в 3,8%, *st. saprophyticus* в 2,3%, в 18% случаев не было роста. В 41,3% была обнаружена полифлора. В контрольной группе детей высеивался в 63,8% *St. aureus*, в 15,6% случаев *St. epidermalis*, *E. coli* в 6,4%, в 14,2% случаев роста не было. Полифлора была обнаружена в 27,8%.

Выводы: 1. В настоящее время наблюдается омоложение общего контингента больных (34,9%) на фоне стертости клинической картины, приводящая к запоздалой диагностике ОГМЭО. 2. Характер проведенных бактериологических исследований свидетельствует о появлении нетрадиционной ранее флоры, увеличении количества больных с полифлорой (41,3%).

ОПЕРАЦИЯ НОРВУДА, КАК ПЕРВЫЙ ЭТАП ГЕМОДИНАМИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ СИНДРОМА ГИПЕРПЛАЗИИ ЛЕВЫХ КАМЕР СЕРДЦА. ОПИСАНИЕ НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Хамидуллин Р.Х.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – к.м.н., асс. Фошин Е.Н.

Цель: представить непосредственные результаты операции Норвуда при лечении синдрома гипоплазии левых камер сердца (СГЛКС).

Материалы и методы: 01.01.2012г.-01.10.2012г. в ГАУЗ ДРКБ МЗ РТ, г. Казань пролечено 9 пациентов с СГЛКС. Средние показатели: возраст-3 дня, вес-3230 г., площадь поверхности тела- 0,2 м². Распределение по полу: м- 7, д- 2. Рентгеновская компьютерная томография сердца, операция Норвуда-100%.

Результаты: средние показатели: искусственное кровообращение-185 мин., остановка сердца-75 мин., циркуляторный арест-60 мин., пролонгированная стернотомия-3 сут., искусственная вентиляция легких-21 сут., нахождение в кардиореанимации-25 сут., нахождение в стационаре-32 сут. Состояние при выписке- тяжелое во всех случаях, SatO₂-75%, ЭХО-КС (средние показатели): КДРлж-21мм. ФВлж.-62%, ПСПЖ-8,3мм. скорость потока в неоАо-1,2м/с. Недостаточность на неоАоКл 1-1,5 ст. КДРлж-8мм. Анастомоз диаметром 4 мм со скоростью 2-3 м/с. Проходное отверстие на АоКл-2 мм. ДМПП диаметром 7 мм. Послеоперационная летальность составила 33% (n=3)-все пациенты после глубокой гипотермии и циркуляторного ареста. Нелетальные осложнения-послеоперационное кровотечение-2 случая, БЛД-3 случая (во всех случаях потребовалась трахеостомия), полиорганная недостаточность-2 случая (на фоне перитонеального диализа).

Выводы:

1. Титрование PGE1 до коррекции обуславливает стабильность пациента при транспортировке и в периоперационном периоде.

2. РКТА сердца дает 100% верификацию СГЛКС, что позволяет оптимизировать хирургическую тактику и метод защиты миокарда на дооперационном этапе.

3. Использование дополнительных тканей по R.Мее позволяет обеспечить адекватные непосредственные результаты при дефиците пластического материала.

4. Выполнение операции Норвуда на работающем сердце предпочтительнее методик с глубокой гипотермией, циркуляторным арестом и остановкой сердца, т.к. исключает их отрицательные эффекты.

ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОЛА ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА

Закиров А.К.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – д.м.н., проф. Акрамов Н.Р.

Рождение ребенка с патологией пола трудная ситуация для семьи. Несмотря на возможность определения пола ребенка еще до его рождения, существует вероятность ошибки. Данные полученные при помощи УЗИ, так же как и осмотр новорожденного в родильном зале, к сожалению, могут быть ложными. В последнее время специалистам неонатальной службы чаще при-

ходится иметь дело с генной патологией. Высокая встречаемость поздно выявленной аномалии пола у детей отмечается на территориях с недостаточной технической базой медицинской сети по внутриутробному обследованию и неонатальному скринингу, с низкой информированностью населения (Osifo O.D., Amusan T.I., 2009). В плане лечения эти дети получают заместительную гормональную терапию и хирургическое лечение – коррекцию пола с учетом концепции половой нейтральности младенцев John Money до 2-х лет.

В ДРКБ МЗ РТ за период с 2008 г по 2013 г нами наблюдались 26 детей в возрасте от 0 до 17 лет с различными формами нарушения формирования пола: врожденная дисфункция коры надпочечников (46 XX), синдром нечувствительности андрогенов (46 XY), нарушение формирования пола овотестикулярная форма (46 XX), синдром Шершевского-Тернера (45 XO). Команда врачей по нарушениям формирования пола включала специалистов эндокринологической, урологической, гинекологической, психологической служб. Хирургическая коррекция пола была проведена 22 пациентам (феминизирующая генитопластика в один или два этапа). Из всех наблюдаемых в 8 случаях был неправильно определен пол в постнатальном периоде (низкая осведомленность, влияние культуры, отдаленность от медицинских центров, отсутствие грубой жизнеугрожающей патологии). Из них в 3 случаях по личным соображениям родителей хирургическая коррекция пола была отложено.

Низкая осведомленность первичного врачебного звена и родителей о формировании гендерных аспектов детей с нарушением формирования пола приводит к поздней хирургической коррекции этой сложной группы пациентов. Совершенствование скрининговых программ и обучение педиатров и детских хирургов амбулаторной сети позволит своевременно проводить коррекцию пола. Ведение детей с нарушением формирования пола должно проводиться многопрофильной командой врачей квалифицированной в вопросах патологии пола.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТА МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

Петров С.А.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., проф. Миролюбов Л.М.**

Актуальность: ДМПП является наиболее частым пороком сердца, и составляет 10% среди всех врожденных пороков сердца. Способы лечения ДМПП хорошо разработаны, и в настоящее время имеются конкурирующие методики лечения. Это открытый метод с искусственным кровообращением (ИК) и эндоваскулярный метод с помощью окклюдера.

Цель: Сравнить данные методы лечения ДМПП.

Материалы и методы: Для сравнения взяты 2 группы пролеченных пациентов: 1гр. – 74 пациента подверглись эндоваскулярному вмешательству за 2011 и 2012 годы. 2гр. – 86 пациентов перенесли открытые операции с ИК, из них а) 65 мини-доступом и б) 21 срединным доступом.

Возраст 1-ой группы: от 5 до 18 лет (средний 9.5 лет).

Возраст 2-ой группы: а) От 8 мес. до 14 лет (средний 1год 7мес); б) От 6 мес. до 12 лет (средний 1год 1 месяц).

Мальчиков и девочек 1:1.

Результаты: В обеих группах летальных исходов не было.

При эндоваскулярном способе случилось 1 осложнение – миграция окклюдера, которая потребовала торакотомии.

В области хирургического доступа (пункции) осложнений не наблюдалось. Все пациенты принимали аспирин в течение 3 месяцев после операции. Средний койко-день 3,4 дня.

Во второй группе:

а) Пациенты, оперированные через правостороннюю торакотомию мини-доступом: средний койко-день 7,2; косметический шов кожи; осложнений не наблюдалось.

б) Центральный доступ выбран для лечения у детей с добавочной верхней полый веной, наличием ОАП и большой вероятностью послеоперационной сердечной недостаточности. Осложнений не наблюдалось. Средний койко-день 8,4. Косметический шов на коже.

Выводы:

1. По исходу лечения и долговременному прогнозу сравниваемые группы равноценны.
2. Возраст пациентов, перенесших открытые операции с ИК, в среднем в 1 год 4 месяца позволяет обрести необходимое качество жизни в период детского развития на 8 лет раньше, чем при эндоваскулярном методе.
3. Косметический результат лучше у 1-ой группы, затем идет мини-доступ и на последнем месте – центральный доступ.
4. Цена койко-дня нивелируется большей стоимостью эндоваскулярного устройства.

ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Хусаенов А.И., Рахматуллин И.И.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., асс. Кадрив А.Г.**

Цель: анализ амбулаторной хирургической помощи детскому населению.

Материалы и методы: анализ проведён на примере поликлиники №20 г. Казани, обслуживавшей 19245 детей в возрасте от 0 до 17 лет.

Результаты. При анализе нагрузки на 1 час работы хирургического приема за основу были приняты рекомендуемые нормативы «Инструкция по нормированию труда врачей амбулаторного приема», разработанные НИИ им. Н. А. Семашко. Согласно методике при хронометраже установлены затраты времени на врачебные манипуляции – 15 мин. и операции – 30 мин. Норматив приема составляет 6 человек в час. Фактическая нагрузка детского хирурга в час составляла от 7,5 до 9,5, что превышает рекомендуемый норматив на 20-30%. Только в течение 3-х лет нагрузка на приеме возросла на 22%.

За 3 года количество принятых детей, нагрузка в день и в час увеличились соответственно на 22,7%; 26,7%; 28,7%. За эти годы имеется ярко выраженный тренд увеличения функции врачебной должности (ФВД). При неизменном плановом ФВД 8400, этот показатель был увеличен на 59,3%.

В структуру ФВД входит и уровень охвата детского населения профосмотрами, которые от всего обслуживаемого контингента детей составили 87% и увеличились по сравнению с предыдущим годом на 10,5.

Выводы: В связи с увеличением детского населения представленные выше данные о нагрузке детского врача-хирурга свидетельствуют о низкой доступности и качестве хирургической помощи. Ситуация усугубляется нехваткой рабочих площадей, как для самого кабинета, так и дневного стационара соответствующего профиля.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА У ДЕТЕЙ ПРИ ЭТАПНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ВПС С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СРЕДСТВА С БАРЬЕРНЫМ ДЕЙСТВИЕМ МЕЗОГЕЛЬ

Богоявленская А.А., Костромин А.А.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., проф. Миролюбов Л.М.

Послеоперационный спаечный процесс представляет собой актуальный и нерешенный вопрос кардиохирургии. В кардиохирургии спайки являются серьезным послеоперационным осложнением, увеличивающим риск кровотечения при повторных операциях, госпитальная летальность при которых может достигать 14–15%, а в urgentных случаях 43%. Выраженный спаечный процесс, развивающийся после операции, приводит чаще всего к сращению сердца и крупных магистральных сосудов с задней поверхностью грудины. В настоящее время отсутствует общепризнанное и надежное средство профилактики спаечного процесса у кардиохирургических больных. Перспективным направлением в решении данной проблемы является поиск новых средств и методик, способных предотвратить образование спаек, как механически, так и на патогенетическом уровне.

Для профилактики спайкообразования мы использовали рассасывающийся противоспаечный барьер, биосовместимый гидрогель на основе карбоксиметилцеллюлозы (Мезогель, производитель ООО "Линтекс", г. Санкт-Петербург), который вводился в полость перикарда в конце операции непосредственно перед ушиванием грудной клетки.

Целью исследования явилась оценка эффективности интраоперационного применения противоспаечного барьера Мезогель у кардиохирургических больных.

Исследование проводилось на базе отделения кардиохирургии ДРКБ МЗ РТ. Проанализированы ближайшие результаты хирургического лечения больных с врожденными пороками сердца (ВПС) за 2012г. Больные были разделены на 2 группы: 1 гр. (n=20) - дети с ВПС, у которых дополнительно интраоперационно использовался Мезогель, 2 гр. (n=30) – контрольная.

При оценке эффективности противоспаечного барьера Мезогель отмечалось достоверное снижение частоты образования спаечного процесса в послеоперационном периоде у детей основной группы, что составило - 20%, тогда как частота возникновения спаек в контрольной группе - 73,3%.

Выводы: Интраоперационное применение противоспаечного барьера Мезогель значительно снижает частоту и плотность образовавшихся спаек, что можно считать перспективным в плане профилактики образования сращений в грудной полости, соответственно, снижение риска возникновения таких осложнений, как случайное повреждение структур сердца при диссекции спаек, длительность операционного вмешательства при повторных операциях.

ЛЕЧЕНИЕ ТЕРАТОМЫ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ

Байрамгулова И.А., Кузьмина Т.Б.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., проф. Гребнев П.Н., Подшивалин А.А.

Цель исследования: провести анализ лечения новорожденных с тератомой крестцово-копчиковой области, пролеченных в отделении хирургии.

Тератомы организмоидные и органоидные – экспансивно растущие опухоли, состоят из разнообразных тканевых структур – производных всех трех зародышевых листков. Различают зрелые и незрелые тератомы в зависимости от степени дифференцировки тканей, составляющих опухоль. Зрелая тератома - доброкачественная опухоль, включающая элементы нормальных тканей. Незрелая тератома - потенциально злокачественная опухоль, при этом определить тип ткани невозможно.

По данным НИИ Детской онкологии, у новорожденных и грудных детей с опухолевыми заболеваниями тератомы обнаруживаются в 22-25% случаев. Крестцово-копчиковая тератома встречается чаще у девочек в соотношении 4:1.

Материалы и методы: на базе Детской республиканской клинической больницы с 2003 по настоящее время было пролечено 16 детей с крестцово-копчиковой тератомой, из них 10 девочек и 6 мальчиков. Все дети поступали из родильного дома. У 12 детей была зрелая тератома, у 3 – незрелая, у 1 – нейробластома.

Проводилось полное клиническое обследование, обязательно включающее УЗИ и рентгенологическую компьютерную томографию, исследование уровня альфа-фетопротеинов крови. Лечение оперативное – радикальное удаление опухоли. Все дети выписаны с клиническим выздоровлением, продолжают наблюдаться катamnестически. Химиотерапия в период новорожденности не проводилась.

Выводы:

1. Тератомы крестцово-копчиковой области в период новорожденности чаще встречаются у девочек.
2. При подозрении на объемное образование плода необходимо проведение углубленной пренатальной диагностики с участием всех специалистов пренатального консилиума.
3. Операция выбора - радикальное удаление опухоли в период новорожденности.
4. Обязательно наблюдение и проведение контрольных обследований (УЗИ и при необходимости РКТ) в послеоперационный период.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФУНКЦИИ КЛАПАНСОДЕРЖАЩИХ БИОПРОТЕЗОВ ПРИ КОРРЕКЦИИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

Аверьянов В.В., Байрамов И.И.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., проф. Миролюбов Л.М.

Целью исследования явилась сравнительная характеристика функции клапаносодержащих биопротезов по материалам отделения кардиохирургии ДРКБ МЗ РТ.

Материалы и методы: Легочная артерия и ее клапан при ВПС имеет неправильное развитие, требующее коррекции в 20-30% случаев. В отделении кардиохирургии ДРКБ с 2000 года проводятся операции ЛА на клапаносодержащий биопротез. До

2008 года использовали протезы производства биологической лаборатории НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева из перикарда животных – ксеноперикарда. С 2008 по настоящее время мы используем гомографты «влажного» приготовления производства С.-Петербурга. Гомографт – часть аорты или легочной артерии с клапаном, обработанные, стерилизованные и консервированные авторским способом.

С 2000 года по 2008 год пересажено 53 ксенопротеза с клапаном из 3-х створок в легочную позицию для восстановления функции легочной артерии.

К 2010 году заменено 30 протезов, что составляет 56,6%.

С 2008 года по настоящее время пересажено 43 гомографта. За это же время в семи случаях возникла необходимость замены, что составило 16,3%.

Причинами, приведшими к замене клапанов, явились процессы биодеградации ткани протезов, которые выражались в грубой деформации, нарушении проходимости, нарушении функции клапанов и явлениями кальцинации, как клапанов, так и стенок протезов.

Таким образом, гомографт показывает более хорошие результаты по сравнению с ксеноматериалом, что соответствует литературным данным.

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ С ЭКСТРОФИЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Анисимов А.А., Севастьянов С.И.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – к.м.н., доц. Рашитов Л.Ф., к.м.н., доц. Закирова А.М.

Цель: изучить физическое развитие детей, родившихся с экстрофией мочевого пузыря.

Материалы: проведено комплексное клинико-лабораторное и инструментальное обследование (включая ретроспективный анализ) 51 ребенка, страдающих экстрофийными пороками развития в период с 1965 по 2012 гг., находившихся на стационарном лечении в клиниках Казанского центра детской хирургии. По половому составу дети распределялись следующим образом: мальчики составили 66,7% (34), девочки – 33,3% (17).

Результаты: установлено, что у 14 (27,5%) обследуемых детей физические параметры соответствовали 25–75 перцентильям. Детей с нормальными показателями роста при дефиците массы тела было 27 (52,9%), низкий рост в сочетании с дефицитом массы тела отмечался у 9 (17,7%) детей, а высокий рост с избытком массы тела выявлен у 1 (2,0%) ребёнка. Индекс Кеттле у девочек составил $12,6 \pm 1,6$ (норма $-15,5 \pm 0,9$), у мальчиков соответственно – $8,9 \pm 2,1$ ($16,2 \pm 1,7$). У девочек низкие показатели ИК отмечались в 56,3% случаев, тогда как у мальчиков значения индекса физического развития ниже нормативных были выявлены в 65,6% случаев.

Заключение: по результатам анализа физического развития по центильным шкалам распределения и по антропометрическому индексу Кеттле у 72,6% наблюдаемых детей с врожденными пороками развития мочевой системы отмечалось дисгармоничное развитие.

КАЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА УРОФЛОУГРАММ У ДЕТЕЙ

Булатов К.Р.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – д.м.н., проф. Ахунзянов А.А., к.м.н., доц. Рашитов Л.Ф.

Вопрос о необходимости дифференцированного и полипрограммного подхода к оценке урофлоуграмм, особенно у детей, не вызывает сомнения. Поэтому наряду с общепринятой количественной оценкой 3206 урофлоуграмм, дали их качественную характеристику, основываясь лишь на профиль кривых. Были обследованы 3166 детей в возрасте от 2 до 15 лет (девочек 1705, мальчиков 1463) с помощью разработанных нами урофлоуметра при стандартных условиях.

Для качественной оценки урофлоуграмм нами определены 16 вариантов кривых, которые были объединены в 6 основных групп.

1. Группа гиперкинетических кривых. В неё вошли крутые, высокие, непродолжительные и энергичные урофлоуграммы, соответствующие стремительному акту мочеиспускания.

2. Группа нормокинетических кривых. Её составили достаточно симметричные по конфигурации урофлоуграммы, в которых соотношения между высотой и продолжительностью кривых были приблизительно равными.

3. Группа гипокинетических кривых. Урофлоуграммы этой группы были уплощенными, то есть длинными и невысокими, что свидетельствовало о существенном снижении объёмной скорости потока мочи и увеличении продолжительности акта мочеиспускания.

4. Акинетические кривые. В эту группу вошли совершенно плоские, вялые и длинные урофлоуграммы (обструктивный тип кривых), характерные для микционной недостаточности.

5. Прерывистые, дискретные кривые.

6. Группа смешанного типа урофлоуграмм/

Сравнительная оценка результатов количественных и качественных показателей урофлоуграмм у детей показал более высокую информативность подобных исследований по сравнению с итогами общепринятой интерпретации кривых.

МЕДИЦИНСКАЯ ФУНКЦИЯ И РОЛЬ СЕМЬИ В ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Рахматуллин И.И., Хусаенов А.И.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – к.м.н., асс. Кадриев А.Г.

Цель: Изучить медицинскую активность родителей детей, обратившихся за амбулаторной хирургической помощью и её влияния на сохранении, укреплении здоровья детей и выполнении рекомендаций лечащего врача.

Материалы и методы: с помощью разработанной анкеты для родителей ребёнка с хирургическим заболеванием, было проведено исследование условий и образа жизни семей и их медицинской активности.

Результаты: Более трети матерей имели детей до 3-х лет (35,8%). Каждым пятым пациентом являлся ребенок среднего школьного возраста 11-14 лет (20,7%). Одинаковыми долями были представлены дошкольники 4-6 лет и подростки 15-17 лет (по 18,9%). Дети младшего школьного возраста 7-10 лет составили 5,7%.

Среди обратившихся за амбулаторной хирургической помощью у 44,8% родителей данный ребенок был единственным, 41,5% имели еще одного ребенка, каждая десятая семья имела в своем составе 3-х детей, а 3,5% – четырех и более.

Установлено, что основная масса первичных обращений (75,5%) приходилась на поликлинику, а каждый 7-ой пациент (13,1%) обратился в стационар. Значительно меньше (по 7,5%) обратились в травмпункт или на станцию скорой медицинской помощи.

Выводы: Осознание родителями непреходящей ценности здоровья своего ребенка, потребности личного участия в его сохранении, укреплении и выполнении рекомендаций лечащего врача является важным условием повышения их медицинской активности.

ОБСТРУКТИВНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Батыршина Л.И., Мокшина Л.В.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., доц. Билялов М.Г.

Анализ некоторых аспектов обструктивных заболеваний верхних мочевых путей у новорожденных и детей грудного возраста по данным хирургического отделения детей раннего возраста ДРКБ РТ за период 2009-2011 гг.

Находилось 175 детей: с гидронефрозом - 80(код G62.0), уретерогидронефрозом- 95(код G62.2), составляя в среднем 12,1% в структуре госпитальной заболеваемости (2009 – 12,8%, 2010 – 11,5%, 2011 – 11,9%)

Возраст пациентов до 1мес – 79(45,14%), до 6 мес - 90(51,43%) и до 12 мес – 6 (3,43%). Девочек – 46(26,3%), мальчиков – 129(73,7%). Левосторонний процесс наблюдался у 92(52,6%), правосторонний – 43(24,6%), двухсторонний – 40(22,8%) и сочетанный – 13(9,1%) больных. По тяжести патологии 1ст отмечался у 22(12,6%), 2 ст – 63(36,0%) и 3-4 ст – 90(51,4%) детей. Число детей из г. Казани – 71(40,6%), Альметьевск – 14(8,0%), Н. Челны – 10(5,7%), Зеленодольск – 10 (5,7%), Бугульма – 7(4,0%), Арск – 7(4,0%), Нижнекамск – 4(2,3%), Чистополь – 4(2,3%), Лениногорск – 4(2,3%), 44 (25,1%) из остальных 22 районов РТ.

Высок уд. вес (12,1%) изучаемой патологии в структуре госпитальной заболеваемости в группе больных детей раннего возраста;

У мальчиков частота изучаемых заболеваний в 2,8 раза чаще чем у девочек;

В периоде новорожденности отмечается высокая (45,1%) выявляемость патологии;

Высоким является уд. вес двухсторонней (22,8%) и сочетанной (9,1%) патологии;

Чаще наблюдается тяжелая степень заболевания (3-4 ст), составляя 51,4%.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости еще более раннего выявления и лечения детей с обструктивными заболеваниями верхних мочевых путей.

ЕДИНЫЙ РЕТРОПЕРИТОНЕОСКОПИЧЕСКИЙ ДОСТУП ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С КИСТОЗНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК

Гармонова О.А.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., проф. Акрамов Н.Р.

Актуальность: Радикальные оперативные вмешательства при лечении детей с кистозными заболеваниями сопровождаются 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 методике единого ретроперитонеоскопического доступа.

Материалы и методы: С декабря 2010 г по ноябрь 2012 г выполнено 12 эндовидеохирургических вмешательств по методике единого ретроперитонеоскопического доступа у детей с кистозными поражениями почек в возрасте от 4 до 17 лет. Были выполнены следующие хирургические операции: а) внутренняя марсупиализация кисты при простых (солитарных) кистах почек – 4 , поликистозе – 3, б) нефрэктомия при мультикистозе – 5. Для выполнения операций были использованы разработанные совместно с фирмой «МФС» (Россия) трехканальный порт, адаптированный для применения у детей (патентное свидетельство №98882), а так же SILS Port (Covidien, USA).

Результаты: Длительность операций составляла 40-60 минут. Средняя продолжительность – 50 мин. Длина разреза не превышала 3,0 см. 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 обладает отличным косметическим эффектом и может быть применен у детей при лечении кистозных заболеваний почек. Небольшие размеры разработанного порта по сравнению с отечественными и зарубежными аналогами позволяют снизить операционную травму. При накоплении навыков применения технологичного единого ретроперитонеоскопического доступа, количество и спектр выполняемых эндовидеохирургических операций у детей возрастает.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО МЕТАЭПИФИЗАРНОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Темиргереев М. З., Ризатдинов А.И.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., проф. Гребнев П.Н., к.м.н., асс. Гильмутдинов М.Р.

Цель исследования: – анализ лечения острого метаэпифизарного остеомиелита (ОГМЭО).

Материалы и методы - проведен анализ лечения ОГМЭО у 106 детей в возрасте от 11 дней до 2,7 года, проходивших лечение в ДРКБ МЗ РТ (1995-2011). Для сравнительной оценки анализирован архивный материал 50 больных ОГМЭО с 1987 по

1994 г. По сравнению с предыдущим десятилетием отмечается рост больных периода новорожденности и первого года жизни в 1,7 раза.

Комплексная оценка состояния больного включала себя сбор анамнеза, объективное обследование, анализы крови и мочи, микробиологические и лучевые методы исследования (УЗИ, МРТ, РКТ, рентгенография).

Результаты исследования: у 60 (56,6%) было проведено хирургическое лечение. Наряду с лечением острого процесса проводилось использование ортопедических пособий. Изучены отдаленные результаты лечения на сроках 1-15 лет. Средний срок наблюдения составил 6 лет. У 60 (56,6%) детей ортопедической патологии не выявлено.

Выводы:

1. Выраженность ортопедического осложнения напрямую зависит от своевременного оказания хирургического лечения одновременно с оказанием ортопедического пособия и динамически проводимой антибактериальной терапии.

2. Ортопедические осложнения перенесенного ОГМЭО нижних конечностей у детей характеризуется преимущественно поражениями проксимального отдела бедренной кости (28,1%) и деформациями в области эпиметафизов костей, образующих коленный сустав (61,98%).

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Темиргереев М.З., Ризатдинов А.И.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – д.м.н., проф. Гребнев П.Н., к.м.н., асс. Гильмутдинов М.Р.

Цель работы – анализ течения острого метаэпифизарного остеомиелита (ОГМЭО).

Материалы и методы - в отделении гнойной хирургии ДРКБ МЗ РТ с 1999-2011 гг. пролечено 53 новорожденных с острым гематогенным метаэпифизарным остеомиелитом (ОГМЭО) нижних конечностей, из них мальчиков - 31 (53,28%), девочек – 22 (46,71%). В первые сутки поступило 22 (48,68%) ребенка, на 4-7 сутки - 23 (35,52%), позднее 8 суток - 8 (15,78%). С целью диагностики выполнено УЗИ у 12 (22,64%) пациентов, рентгенография пораженной конечности проведена всем больным на момент поступления и в процессе лечения. 8 (15,09%) больным с нетипичной клинической картиной, было выполнено МРТ.

Результаты исследования: для проведения хирургической санации гнойного очага использовали: вскрытие остеомиелитической флегмоны с дренированием мягких тканей, остеоперфорацию метафиза с проведением внутрикостного лаважа, артропункцию с выполнением внутрисуставного лаважа, комбинированные операции. У 20 (37,73%) детей удалось купировать воспалительный процесс без оперативного лечения. Бактериологическое исследование произведено у всех больных. Всем детям назначалась антибактериальная и инфузионная терапия, иммуностимулирующая терапия у 13 больных, у 8 - проводили сеансы ГБО. Ортопедическую профилактику возможных осложнений получил 21 пациент.

Выводы: Ортопедические последствия возникли у 30,18% детей, с преимущественным поражением проксимального отдела бедренной кости и эпиметафизов, образующих коленный сустав.

АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ ОЖОГАМИ

Акопян А.А

Тюменская государственная медицинская академия

Руководитель – к.м.н., асс. Сахаров С.П.

Цель работы: изучить основные факторы, влияющие на исход термической травмы у детей.

Методы исследования: проведен ретроспективный анализ медицинской документации у 16 тяжелообожженных детей с летальным исходом, лечившихся в ожоговом центре г.Тюмени, из них 9 (56,25%) мальчиков и 7 (43,75%) девочек, в возрасте от 9 мес до 3-х лет, с площадью ожоговых ран IIIAB степени от 7 до 70% поверхности тела.

Полученные результаты: при ожогах до 20% поверхности тела летальность наблюдали у 6 пострадавших, от 20 до 30% - 3, от 30 до 40% - 3, более 40% - 4. Анализ летальности пострадавших показал, что существуют критические дни ожоговой болезни, характеризующиеся повышенным числом умерших по сравнению с предыдущими и последующими днями. Такими критическими днями можно считать 3, 7, 11, 22-й день первого месяца, к концу которого погибают 62,5% от всех умерших. Основными причинами смерти при термической травме являются пневмония и сепсис, а также их сочетание. Во II периоде ожоговой болезни (токсемию) умерли 7 (43,75%) детей. В периоде токсемии пневмония являлась основной причиной смерти 3 (18,75%) детей, отек легких - 2 (12,5%), острая сердечно - сосудистая недостаточность вследствие интоксикации – 1 (6,25%), и у 1 (6,25%) больного возникло кровотечение из острых язв желудочно-кишечного тракта в результате прогрессирующего ДВС - синдрома. В III периоде ожоговой болезни (септикотоксемию) умерли 9 (56,25%) больных. У большинства больных, доставленных в ранние сроки в ожоговый центр и погибших в стадии ожогового истощения, глубокий ожог занимал 40-50% поверхности тела.

Таким образом, прогноз при ожогах зависит от многих факторов, среди которых наибольшее значение имеют общее состояние пострадавшего до травмы, локализация и площадь ожога, развитие осложнений, полнота необходимого объема и интенсивности лечебных мероприятий. Особое значение имеет обширность глубины повреждения кожных покровов - первичное звено патогенеза при ожоговой болезни.

ДЕТСКИЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

СЕЗОННОСТЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОПИСТОРХОЗОМ В СУМСКОЙ ОБЛАСТИ

Корж А. В.

**Киевский национальный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Анастасий И. А.**

Описторхоз - это природно-очаговый зооантропоноз, принадлежащей группе трематодозов, возбудителем которого является два вида трематод: *Opisthorchis felinus* и *Opisthorchis viverrini*. Описторхоз распространен на Евразийском континенте. Самым большим эндемическим очагом в мире есть Обь-Иртышский бассейн в России (около 90% населения поражены описторхозом).

Заболеваемость описторхозом в Сумской области Украины приближается к таким значениям Обь-Иртышского бассейна. Случаи описторхоза регистрируются и в других областях Украины. Такая территориальная распространенность связана с большим количеством рек бассейна Днепра (источник существования рыбы рода карповых и моллюсков рода *Bithynia*).

Актуальность изучения описторхоза определяется в значительной его распространенностью, трудностью диагностики из-за отсутствия яркой клинической картины и экономическими убытками.

Цель исследования: Проследить наличие сезонности на заболеваемость описторхозом в Сумском регионе.

Материалы и методы: обработано 86 стационарных карт больных описторхозом Сумской областной инфекционной больницы им. З. И. Красовицкого с 2009 по 2011 годы (3 года).

Результаты исследования: среди госпитализированных преобладает население города Сумы - 59%, жители сел Сумской области составляют 41%. У всех больных описторхозом в эпиданамнезе было отмечено употребление рыбы рода Карповых из рек Сумской области. Сезонности заболеваемости не наблюдается. Описторхоз диагностируется в любой период года.

Выводы: Особенностью клинической картины больных описторхозом в эндемическом регионе является отсутствие острой стадии и преобладание латентного течения болезни. Диагностика происходит обычно лишь при хронической стадии заболевания. Так как в большинстве случаев проявления острой фазы не выражены, и клинические симптомы могут отсутствовать, выявить сезонность заболеваемости описторхозом невозможно.

КРИПТОКОККОВЫЙ МЕНИНГИТ И ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ

Степанова Е.Ю.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., доц. Хасанова Г.Р.**

Менингит, обусловленный *Cryptococcus neoformans*, наблюдается исключительно у иммунокомпроментированных пациентов с подавлением Т-клеточного звена иммунитета. Это объясняет его актуальность при ВИЧ-инфекции. Тем не менее, в России случаи верификации этого диагноза являются единичными даже в популяции ВИЧ-инфицированных.

Целью работы является представление редкого клинического случая рецидивирующего криптококкового менингита у ВИЧ-инфицированной пациентки.

Пациентка Э., 35 лет, половой путь заражения, сопутствующих заболеваний нет. Не обследовалась с момента постановки на учёт с диагнозом ВИЧ-инфекция с 2002 года. В октябре 2010 года переведена в инфекционную больницу из психиатрической клиники, куда поступила с симптоматикой острого психоза. На момент поступления: сознание спутанное, сильная головная боль, положительные менингеальные знаки. В ликворе лимфоцитарный цитоз, снижение глюкозы. Получен положительный результат исследования ликвора и крови на криптококковый антиген, из крови и ликвора высеян *C. neoformans*. Количество CD4-лимфоцитов – 6 в 1 мкл. Длительный курс лечения флуконазолом в дозе 600 мг привёл к положительной динамике. Через 3 недели после начала лечения менингита пациентке была назначена антиретровирусная терапия (АРВТ), которую получала по август 2012 года с хорошим вирусологическим и иммунологическим ответом (РНК ВИЧ < 200 копий в 1 мл, CD4-лимфоциты – 348 в 1 мкл).

В августе 2012 года прерывает АРВТ. В январе 2012 года Э. поступает в инфекционную больницу с жалобами на сильную головную боль, рвоту, головокружение. Выражены менингеальные знаки. CD4-лимфоциты – 13 в 1 мкл, уровень РНК ВИЧ – 226500 копий в 1 мл. В пользу криптококковой этиологии менингита свидетельствует определение криптококкового антигена в крови. Получает флуконазол 850 мг в сутки. Возобновление АРВТ отложено до стабилизации состояния в связи с угрозой развития синдрома иммунной реконституции.

Таким образом, данный случай можно рассматривать как рецидив криптококковой инфекции на фоне выраженной иммуносупрессии вследствие перерыва АРВТ. Профилактикой подобных ситуаций является лечение поддерживающими дозами флуконазола до стабильного повышения уровня CD4-лимфоцитов и АРВ препаратами пожизненно.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОМ В УКРАИНЕ

Лисовская О.В.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Анастасий И. А.**

Сальмонеллез - одна из самых распространенных кишечных инфекций в мире. Актуальность этой проблемы сохраняется в течение многих десятилетий из-за роста заболеваемости и регистрации эпидемических вспышек практически в всех регионах мира. Сальмонеллез является очень актуальной проблемой в Украине. Ежегодно в стране заболевает около 10 тыс. человек. Глобальный мониторинг за пищевыми инфекциями показал, что 47% всех вспышек ОКИ были вызванные сальмонеллами (ВОЗ).

По данным Центральной СЭС, высокие уровни заболеваемости

сальмонеллезом с тенденцией к росту регистрируют в Харьковской, Запорожской, Днепропетровской, Черниговской областях, АР Крым и в городе Киев.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Анализ заболеваемости сальмонеллезом в Украине (на территории Запорожской, Харьковской, Луганской и Киевской областей) (статистические данные за 2012 год с января по сентябрь включительно)

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен ретроспективный анализ распространенности сальмонеллеза по статистическим данным Центральной СЭС среди различных групп населения Запорожской, Харьковской, Луганской и Киевской областей за период с января по сентябрь включительно 2012 года.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В Запорожской области заболевания сальмонеллезом регистрируют ежегодно в виде спорадических случаев и эпидемических вспышек. Начиная с 2001 г. заболеваемость сальмонеллезом колеблется до 32,2 на 100 тыс. населения.

В Донецкой области заболеваемость сальмонеллезом за текущий период 2012 года по сравнению с предыдущим годом снизилась на 15,6%: за 9 месяцев зарегистрировано 496 случаев против пятисот девяносто 2011 году. Киевской области в первом полугодии зарегистрировано 42 случая сальмонеллеза.

Уровень заболеваемости сальмонеллезом в Харькове в 2012 году вырос на 29,4%.

С началом эпидемического сезона в г. Лисичанске (Луганская область) рост заболеваемости сальмонеллезом за 9 месяцев 2012 года составил 34,65%. Уровни заболеваемости сальмонеллезом составили (6,59 на 100 тыс. населения)

ВЫВОДЫ

По интенсивным показателям Запорожскую область можно отнести к регионам с высоким уровнем заболеваемости. Интенсивность инфекционного процесса среди детей значительно превышает аналогичный показатель у взрослых. Важным моментом является своевременная диагностика (микробиологический мониторинг) и выявления и устранения источников инфекции. Чрезвычайное значение имеет соблюдение санитарных норм среди населения и контроль стихийных рынков.

ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА TLR4 299Asp>Gly НА ЕСТЕСТВЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ ВИЧ - ИНФЕКЦИИ

Акчурина Л.Б.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - д.м.н., проф. Анохин В.А.

Толл – лайк рецептор 4 (TLR4) входит в группу рецепторов, отвечающих за врожденный иммунный ответ. TLR4 распознает эндотоксин, который является биологически активным веществом, поддерживающим системную воспалительную реакцию в организме. Учитывая влияние хронической иммунной активации на течение ВИЧ – инфекции, мы проанализировали распространенность и влияние полиморфизма гена TLR4 при ВИЧ – инфекции. В исследовании приняли участие 100 ВИЧ – инфицированных людей и 100 здоровых (контрольная группа). Для молекулярно-генетического анализа использовали образцы ДНК испытуемых, выделенных сорбентным методом из соскоба эпителиальных клеток ротовой полости. Определяли полиморфизм гена TLR4 299Asp>Gly (+896A>G). Наблюдаемое в контрольной выборке распределение генотипов по 299Asp>Gly AA (87%), AG (13%) и GG (0%) подчинялось равновесию Харди-Вайнберга ($p=0,4359$, $\chi^2 = 1,661$, $df=2$). Частота 299Gly (G) аллеля в контрольной группе ($n=100$) составила 6,5%. Частота 299Gly (G) аллеля в группе ВИЧ – инфицированных ($n=100$) – 9%. Таким образом, частоты G аллеля в группе ВИЧ – инфицированных и в контрольной группе (9% против 6,5%) статистически значимо не различались ($p=0,455$). Был проведен анализ темпов снижения количества CD4 Т – лимфоцитов у ВИЧ – инфицированных ($n=100$) за период пятилетнего наблюдения в СПИД – центре с момента взятия инфицированного на учет. Выборка была разделена на две группы: быстрые прогрессоры (те, у которых уровень CD4 клеток упал ниже 350 клеток/мкл, $n=46$) и медленные прогрессоры (те, у которых в течение пяти лет наблюдались стабильные показатели CD4 клеток выше 350 клеток/мкл, $n=54$). При анализе частот аллелей по полиморфизму 299Asp>Gly гена TLR4 были получены следующие результаты: частота аллеля 299Gly гена TLR4 в группе медленных прогрессоров значимо отличалась от группы быстрых прогрессоров (13% против 4,3%; $p=0,046$). При сравнении воздействия мутации 299Asp>Gly на скорость снижения CD4 Т – лимфоцитов, мы наблюдали, что полиморфизм 299Asp>Gly более часто встречается среди медленных прогрессоров по сравнению с группой быстрых ($OR=0,3004$, 95% CI 0,09044 – 0,9976, $P=0,04131$). Таким образом, вероятно полиморфизм гена TLR4 299Asp>Gly влияет на скорость прогрессирования иммунодефицита, оказывая протективный эффект.

АНАЛИЗ АВАРИЙНЫХ КОНТАКТОВ С ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ МАТЕРИАЛОМ И ПОСТКОНТАКТНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Шамрай Д.В., Шамрай А.В.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., доц. Анастасий И.А.

ВИЧ-инфекция представляет собой медленно прогрессирующее инфекционное заболевание, которое за последние 25 лет приобрело характер пандемии. Медработники входят в группу риска заражения ВИЧ в связи с особенностями должностных обязанностей.

Цель работы: провести анализ аварийных контактов медработников с ВИЧ-инфицированным материалом на рабочем месте.

Методы исследования: теоретический анализ, статистический метод.

Результаты: за период 2010-2011 года в одном из лечебных учреждений города Киева зарегистрировано 14 аварийных ситуаций, связанных с риском заражения ВИЧ. К таким контактам относятся повреждение кожи инструментарием, загрязнение слизистых оболочек или поврежденных кожных покровов кровью и другими биологическими жидкостями. При анализе аварийных ситуаций по степени риска инфицирования было установлено следующее: высокий риск (0,3%) – 10 случаев (71%), низкий риск (0,09%) в 4 случаях (29%). В 2 раза чаще аварийные ситуации наблюдались в работе среднего медицинского персонала: 12 случаев по сравнению с врачами (2 случая). Наибольший риск инфицирования ВИЧ в отделении хирургического профиля, где произошло 9 аварий (64%). При анализе стажа работы было установлено, что большинство профаварий возникло у медра-

ботников, которые работали по специальности от 5 до 10 лет – 7 случаев (50%), 3 случая со стажем до 5 лет (21%), 4 случая со стажем больше 10 лет (29%). В 9 случаях (64%) имело место нарушение техники выполнения манипуляции и пренебрежение правилами личной безопасности. Постконтактная профилактика антиретровирусными препаратами проводилась в 11 случаях. Одному потерпевшему постконтактная профилактика не проведена по причине наличия противопоказаний (аутоиммунный гепатит), двоим – по причине их отказа. 7-и пострадавшим постконтактная профилактика проводилась ретровирусом, 4 – комбинированно. Медицинские работники хорошо переносили препараты, прошли полный курс 28 дней. Результаты контрольных исследований на антитела к ВИЧ через 3,6,12 месяцев негативные.

Заключение. 1) Большинство профаварий возникают у медработников со стажем работы от 5 до 10 лет, что можно объяснить снижением осторожности и чувства опасности при еще недостаточном опыте.

2) Современные антиретровирусные препараты являются эффективным способом постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции.

ВЛИЯНИЕ ОПЫТА УПОТРЕБЛЕНИЯ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ НА ПЕРИНАТАЛЬНУЮ ПРОФИЛАКТИКУ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Гилязова Д. М., Нигматзянова Г. З.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., асс. Назарова О. А.

С 1.01.1998 г. по 21.01.2013 г. в г. Казани было зарегистрировано 744 случая рождения детей от ВИЧ-инфицированных женщин.

Основной путь инфицирования женщин - парентеральный, но за последние годы отмечалось увеличение доли женщин, заразившихся половым путем (с 20% в 2001г. до 51,2% в 2012г.) по сравнению с инъекционным путем передачи (с 80% в 2001г. до 48,8% в 2012г.).

Среди женщин, у которых в анамнезе есть опыт употребления наркотиков, количество получивших незаконченное среднее и среднее образование уменьшилось с 83% в 2001г. до 65% в 2012 г., а количество женщин, имеющих специальное и высшее образование на момент начала беременности значительно увеличилось (с 16% в 2001 г. до 35% в 2012 г.).

Также за период с 2001 по 2012 гг. среди этих женщин отмечается увеличение числа занятых трудовой деятельностью (17% в 2001г. и 65% в 2012г.).

Одной из причин неполного охвата пренатальной химиопрофилактикой ВИЧ-инфекции является употребление инъекционных наркотиков.

Доля женщин со своевременным началом химиопрофилактики выше в группе без опыта употребления наркотиков (51%), по сравнению с женщинами, у которых был опыт употребления наркотиков (25%). И наоборот, самый большой процент позднего начала пренатальной химиопрофилактики ВИЧ-инфекции и отсутствия проведения пренатальной химиопрофилактики - в группе женщин с опытом употребления инъекционных наркотиков и составляет 12% и 46% соответственно (в группе «без опыта» - 11% и 16%)

Охват пренатальной профилактикой среди женщин, имеющих в анамнезе употребление инъекционных наркотиков, ниже (54%) по сравнению с женщинами, не имеющих опыта употребления наркотиков (84%).

Т.о., увеличение доли социально-адаптированных женщин среди ВИЧ-инфицированных беременных, имеющих в анамнезе опыт употребления наркотиков, открывает перспективы проведения профилактической работы.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ДЕПРЕССИИ И АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Ибниева Л.Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Хасанова Г.Р.

Клинически выраженная депрессия является наиболее часто встречающимся психическим расстройством у ВИЧ-инфицированных людей. Развитию депрессии у ВИЧ-инфицированных людей могут способствовать психологические, эндогенные и соматические факторы. В качестве последних может выступать анемия, распространенность которой в популяции ВИЧ-инфицированных людей также высока.

Цель исследования: оценка взаимосвязи анемии и депрессии у больных с ВИЧ-инфекцией.

Материал и методы исследования: объектом исследования явились 62 пациента с ВИЧ-инфекцией в возрасте от 22 до 69 лет. Большую часть группы составили мужчины (69,4%). Преобладал гемоконтактный путь инфицирования (61,3%). 25,8% пациентов на момент проведения исследования употребляли психоактивные вещества (героин или алкоголь). 75,8% больных находились на 3-й стадии заболевания, 24,2% - на 4-й стадии (по классификации В.И.Покровского, 2001). Оппортунистические инфекции (туберкулез и кандидоз) отмечены у 8% больных. У большинства пациентов (71%) регистрировалась умеренная иммуносупрессия (количество CD4-лимфоцитов в 1 мкл от 200 до 500). Для оценки наличия и выраженности депрессии использовалась шкала Бека. Анемия диагностировалась при снижении гемоглобина ниже 130 г/л у мужчин и ниже 120 г/л у женщин. Для оценки взаимосвязи анемии и депрессии проведено поперечное срезное исследование и оценка корреляции методом Гамма.

Результаты: Установлена обратная корреляционная связь средней силы между тяжестью депрессии и уровнем гемоглобина ($r=-0,28$; $p=0,007$). В группе больных с анемией клинически выраженная депрессия встречалась статистически значимо чаще, чем в группе без анемии (отношение превалентностей=2,538; 95%ДИ=[1,345-4,788]). Связь между депрессией и анемией была максимально выражена в группе мужчин (отношение превалентностей=2,663; 95%ДИ=1,253-5,661) а также в группе пациентов, не употребляющих психоактивные вещества (отношение превалентностей=2,679; ДИ=[1,263-5,679])

Заключение: Депрессия у больных ВИЧ-инфекцией ассоциирована с анемией; причем более тяжелые степени депрессии наблюдаются у больных с выраженной анемией. Требуется дальнейшие исследования для оценки влияния эффективного лечения анемии на купирование симптомов депрессии.

ВЛИЯНИЕ ПУТЕЙ ПЕРЕДАЧИ НА ТЕЧЕНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Зайнуллина Ч.Р., Хурматуллина Г.Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., асс. Назарова О. А.

В последние годы в Республике Татарстан произошел рост числа вновь выявленных ВИЧ-инфицированных. Особенно эпидемического процесса в Республике Татарстан, в отличие от Российской Федерации, является то, что в последние годы число людей, инфицированных половым путём, ежегодно превышает число людей, заразившихся при внутривенном употреблении наркотиков.

Все чаще мишенью ВИЧ-инфекции становятся молодые женщины. В настоящее время на долю женщин в РТ приходится 22,9% от общего числа ВИЧ-инфицированных людей (для сравнения, доля их в 2000 году составляла 13,2 %). Увеличение числа ВИЧ-инфицированных женщин репродуктивного возраста является крайне неблагоприятным фактором, поскольку сопряжено с ростом частоты врожденной ВИЧ-инфекции. Первый ребенок с врожденной ВИЧ-инфекцией в республике был выявлен в 2001 г. В настоящее время их насчитывается уже более 30.

С 1.01.1998 г. по 21.01.2013 г. в г. Казани было зарегистрировано 744 случая рождения детей от ВИЧ-инфицированных женщин. Согласно полученным нами данным, лишь 44% женщин знали о своем диагнозе до беременности. В 33% случаев диагноз ВИЧ-инфекции был выставлен женщинам во время беременности; 18% женщин было выявлено в роддоме и 5% в послеродовом периоде. Поздняя диагностика была связана, главным образом, с несвоевременной постановкой на учет в женскую консультацию или полным отсутствием медицинского наблюдения за ними во время беременности (31% всех ВИЧ-инфицированных родильниц не наблюдались в женских консультациях). Вторая возможная причина несвоевременной диагностики - отсутствие серологических маркеров ВИЧ-инфекции в тех случаях, когда женщина находится на острой (серонегативной) стадии заболевания (стадия «окна»). Т.о., наличие поздняя диагностика ВИЧ-инфекции у женщин детородного возраста, что неблагоприятно отражается на проведении перинатальной профилактики инфицирования ребенка.

Т.о., можно выявить следующие практически значимые моменты:

- работа с населением для популяризации обследования партнеров, планирующих зачатие ребёнка, на ВИЧ-инфекцию;
- на территориях с высоким распространением ВИЧ-инфекции необходимо усиление профилактической и лечебной работы.

ПАРАКЛИНИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ПРИ ГЕРПЕСВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ.

Азюкова Р.И.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., проф. Фаткуллина Г.Р.

В настоящее время инфекции, вызванные вирусами герпеса, имеют тотальное распространение во всей человеческой популяции, поражая практически все органы и системы организма человека, могут приводить к существенным нарушениям состояния здоровья. Герпесассоциированные заболевания устойчиво занимают второе место в современной структуре инфекционной летальности.

Цель исследования: определить изменения основных параклинических параметров при герпесвирусных инфекциях (ГВИ) у детей и оценка их изменения на фоне противовирусной терапии.

Материалы и методы исследования: в основу работы положены клинические наблюдения за 63 детьми с различными нозологическими формами герпетической инфекции: цитомегаловирусной - 19 человек; инфекцией, вызванной вирусом герпеса человека 6 типа - 44 пациента. Возраст наблюдаемых: от 1,5 до 15 лет включительно (мальчиков - 33, девочек - 30). Пациенты наблюдались амбулаторно и в стационаре «Республиканской Клинической Инфекционной Больницы» г. Казани в период с декабря 2011 по декабрь 2012 г.

Результаты исследования. У 15 (23,81%) пациентов с ГВИ было обнаружено снижение уровня гемоглобина по сравнению с возрастной нормой. Лейкоцитоз наблюдался в 11 (17,46%) случаях заболевания, а увеличение СОЭ отмечалось у 23 (36,5%) пациентов. Тромбоцитопения встречалась в 5 (7,94%) случаях.

Кроме того, оценивалась динамика параклинических параметров после проведения противовирусной терапии, которая показала, что у 98% пациентов отмечается нормализация лабораторных показателей после завершения полного курса противовирусных мероприятий и коррекции сопутствующих заболеваний.

Выводы: таким образом, мы можем говорить о том, что герпесвирусные инфекции могут вызывать различные изменения в лабораторных показателях; проведение комплексной терапии наряду с противовирусными мероприятиями позволяет достичь нормализации параклинических данных.

ОЦЕНКА СОДЕРЖАНИЯ РАСТВОРИМЫХ ФОРМ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ АНТИГЕНОВ У БОЛЬНЫХ С ИНФЕКЦИОННЫМ МОНОНУКЛЕОЗОМ, ВЫЗВАННЫМ ВИРУСОМ ЭПШТЕЙН-БАРР (ВЭБ) В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИСХОДОВ БОЛЕЗНИ

Свинцова Т.А., Бондаренко И.М.
Нижегородская государственная медицинская академия
Руководитель - д.м.н., проф. Собчак Д.М., к.б.н. доц. Кравченко Г.А.

Оценка содержания растворимых форм дифференцированных антигенов у больных с ВЭБ-инфекцией проводилась с целью прогнозирования течения болезни. Наибольшее практическое значение имеют следующие антигены: sCD18 участвует в механизмах адгезии лейкоцитов; sCD50 способствует презентации антигена Т-лимфоцитам и их активации; sCD54 участвует в формировании иммунологического синапса; sCD95-один из клеточных рецепторов, инициирующих апоптоз; sHLAI обеспечивает распознавание иммунной системой чужеродных антигенов и аутоантигенов.

Определение уровня показателей данных антигенов проводилось у 62 больных с ВЭБ-инфекцией, 30 из которых с циклическим течением болезни, 25-с реактивацией инфекции в НИИ молекулярной биологии Нижегородского университета им. Н.О.Лобачевского методом прямого твердого иммуноферментного анализа с применением мышинных моноклональных антител серии ИКО.

Было установлено, что у больных с циклическим течением болезни (без реактивации) определялись более высокие показатели sCD95, sCD18, sCD50, sCD54 по сравнению с пациентами, у которых наблюдалась реактивация. Отмечено, что при первичном обследовании пациентов (1-я неделя болезни) с циклическим течением выявлялось увеличение показателей sCD95, sCD18 в 1,5-2 раза, а sCD50 и sCD54 в 3 и более раз превышающих норму. Однако, при реактивации болезни при первичном обследовании показатели sCD95 и sCD18 снижались в 1,3-1,5 раз по сравнению со средними контрольными значениями.

Проводилась оценка содержания растворимых форм дифференцировочных антигенов в процессе динамического наблюдения (в течение 4-х недель) при разных исходах болезни. Выявлено существенное снижение содержания sCD95 и sCD18 у больных с циклическим течением к 4-й неделе болезни, тогда как sCD50, sHLAI, sCD54 снижались незначительно. У больных с реактивацией инфекции сохранялся монотонно низкий уровень растворимых форм дифференцировочных антигенов в процессе динамического наблюдения.

Можно заключить, что уровень изучаемых дифференцировочных антигенов позволяет в ранние сроки болезни прогнозировать исход ВЭБ-инфекционного мононуклеоза.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ЦИНКА В СЫВОРОТКЕ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ОКИ

Мурадова Т. М., Исламова И. М.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., асс. Халиуллина С.В.

Дефицит эссенциальных микроэлементов в организме ребенка в целом и цинка в частности – проблема, которой посвящено достаточно много современных исследований. Роль цинка настолько велика, что некоторые авторы сравнивают его с незаменимой аминокислотой. Большое внимание на сегодняшний день уделяется изучению особенностей Zn-дефицитных состояний в сочетании с патологией желудочно-кишечного тракта, мочевой системы, аллергическими и кожными заболеваниями и др. Особое место занимает вопрос недостатка цинка в организме ребенка при инфекционной патологии, особенно связанной с развитием диарейного синдрома.

Цель исследования: определить клинико-эпидемиологические особенности ОКИ, протекающих на фоне дефицита цинка.

Материалы и методы: обследовано 76 детей, госпитализированных в отделение ОКИ детской инфекционной больницы г.Казани с января по август 2011 г. Отбор детей для исследования проводился методом случайной выборки. Критериями включения были согласие пациентов на исследование, отсутствие тяжелой сопутствующей патологии. Этиологию ОКИ подтверждали стандартными методами, включающими бактериологическое исследование копрофильтратов на патогенную кишечную группу, определение антигенов ротавирусов в фекалиях иммунохроматографическим методом. Уровень цинка в сыворотке больных детей определяли методом атомно-абсорбционной спектрофотометрии. За норму принимали значение, равное 0,72-1,3 мкг/мл.

Результаты исследования: дефицит цинка в сыворотке крови обследованных детей был диагностирован в 30,3% случаев (у 23 из 76). Эти пациенты вошли в исследуемую группу (ИГ). Средний возраст больных в ИГ составил 3,7±3,2 года, а в группе контроля (ГК) - 4,9±3,9 года (p=0,11). Максимальные значения температуры тела в период наблюдения у пациентов ИГ составили в среднем 37,8±1,20С, в ГК – 37,9±1,70С (p=0,31). Средняя частота стула в ГК составила 2,8±2,4, рвоты – 4,9±3,8, в ГК 3,4±3 и 5,2±4,3 раза в сутки соответственно. Проведенное нами пилотное исследование не выявило статистически достоверных различий между сравниваемыми группами.

ЭНДОТОКСИНЕМИЯ И ПОВЫШЕНИЕ ПРОВосПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Биккинина О.И.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Хасанова Г.Р.

В последние годы активно обсуждается гипотеза о роли хронической иммунной активации и воспаления в патогенезе прогрессирования ВИЧ-инфекции. Как известно, эндотоксин грамотрицательных бактерий играет ключевую роль в индукции воспаления и развития синдрома системного воспалительного ответа. Взаимодействие эндотоксина с растворимым рецептором CD14 (sCD14) на поверхности макрофагов приводит к запуску экспрессии генов цитокинов и других медиаторов воспаления. Повышение концентрации sCD14 считается одним из маркеров активации макрофагов эндотоксином.

Нашей целью явилась комплексная оценка уровня провоспалительных цитокинов: интерлейкина-1β (ИЛ-1β) и фактора некроза опухоли (ФНО) во взаимосвязи с показателями эндотоксинемии у больных ВИЧ инфекцией.

Материалы и методы: Было обследовано 232 пациента с ВИЧ-инфекцией. Средний уровень CD4-клеток (M±SD) составил 288,1 ± 217,7 в 1 кл, РНК ВИЧ в ПЦР (M±SD) - 3,3 ± 2,2Lg копий/мл. Из оппортунистических инфекций у 26,3% больных регистрировался кандидоз, у 15,5% - туберкулез, у 7,3% - волосистая лейкоплакия языка. В группу сравнения вошли 26 здоровых людей. Для определения концентрации цитокинов использовался иммуноферментный анализ, содержания эндотоксина - ЛАЛ-тест (E-toxate, Sigma).

Результаты: Средний уровень эндотоксина (M±SD) составил 2,2±2,03, ИЛ-1β - 44,0±120,4 пг/мл. Оба показателя значительно (p<0,001) превышали показатели контроля (0,67±0,28 и 0,4±0,8 пг/мл, соответственно). При проведении корреляционного анализа выявлена статистически значимая положительная связь концентраций эндотоксина и ИЛ-1β (r=0,27; p=0,0007).

Показатель концентрации ФНО в исследуемой группе составил 9,0±17,56 пг/мл, что превышало средний показатель группы сравнения (0,21±0,42 пг/мл) (p=0,0001). У 91% больных отмечены показатели sCD14, превышающие показатели контрольной группы. Средние значения составили 3,37±1,57 и 1,95±0,39 пг/мл, соответственно (p=0,00001). При этом выявлена положительная корреляционная связь показателей sCD14 и ФНО (r=0,35 p=0,007).

Заключение: ВИЧ-инфекция сопровождается повышением уровня эндотоксина, растворимых рецепторов CD14 с увеличением концентрации провоспалительных цитокинов (ИЛ-1β и ФНО), что является подтверждением присутствия эндотоксин-опосредованной гиперактивации иммунной системы при данном заболевании.

ЧАСТОТА ВЫДЕЛЕНИЯ S.AUREUS У ДЕТЕЙ С ДИСБИОЗОМ КИШЕЧНИКА

Николаев М.А.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., доц. Николаева И.В.

Развитию стафилококковых инфекций часто предшествует носительство *S.aureus* и нарушения микробиоценозов различных экологических ниш.

Целью работы явилось изучение частоты носительства стафилококков в кишечнике у детей с дисбиотическими нарушениями. Изучен состав кишечной микрофлоры у 829 детей с дисбактериозом кишечника (ДК) (в возрасте 1-6 мес. – 221, 6-12 мес. – 142, 1-3 года – 239 и 3-7 лет – 227 детей). Различные виды стафилококков обнаружены у 417 детей (50,3±1,7%). У детей 1-го года стафилококки изолировались достоверно чаще (63,4-70%), чем у детей в возрасте 1-3 лет и 3-7 лет (41,8% и 31,7% соответственно) ($p < 0,001$). *S.aureus* выделен у 362 обследованных детей (43,7±1,7%), у детей 1-года - в 54,9-61%, старше 1 года - в 28-36,4% случаев. Коагулазоотрицательные стафилококки (КОС) в количестве >5 lg/КОЕ обнаружены у 55 детей (6,6±0,9%): *S.epidermidis* – у 34 (4,1±0,7%); *S.saprophyticus* · у 15 (1,8±0,2%) и *S.haemolyticus* · у 6 детей (0,7±0,3%). Во всех группах *S.aureus* обнаруживался достоверно чаще, чем КОС ($p < 0,001$). Повторные бактериологические исследования показали, что постоянное бактериовыделение характерно только для *S.aureus* и наблюдалось у 173 детей (47,8±2,6%). Частота и длительность носительства *S.aureus* зависела от возраста детей. У детей 1-го года жизни постоянное носительство зарегистрировано в 64,6±4,2% случаев, причем у большинства детей (81,6±5,5%) длительность его составила более 6 месяцев. У детей старше 1 года постоянное носительство наблюдалось достоверно реже (33,1±4,0%) ($p < 0,001$), а его длительность, как правило, не превышала 3-6 месяцев. Нами не зарегистрировано случаев носительства *S.aureus* у детей старше 4 лет. Носительство КОС у всех пациентов имело транзиторный характер.

Таким образом, у детей с дисбиотическими нарушениями часто развивается носительство стафилококков, преимущественно *S.aureus*. Данное явление наиболее характерно для детей первого года жизни. Носительство стафилококков в кишечнике может быть транзиторным или постоянным, причем феномен «персистенции» характерен только для *S.aureus*.

АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ЛАКТОБАКТЕРИЙ, ВЫДЕЛЕННЫХ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Николаев М.А.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., доц. Николаева И.В.

Представители рода *Lactobacillus*, наряду с бифидобактериями и энтерококками, являются одними из основных защитных симбиотических микроорганизмов ребенка. Несмотря на преимущественно положительный потенциал молочнокислых бактерий, в настоящее время имеются данные о возможной их роли в распространении генов лекарственной устойчивости среди различных видов микроорганизмов, в том числе патогенных для человека.

Цель исследования: Оценить антибиотикорезистентность фекальных штаммов лактобацилл, выделенных у детей грудного возраста.

Исследования проводили на базе кабинета микробиологии матери и ребенка Республиканской клинической инфекционной больницы г. Казани. Чувствительность выделенных микроорганизмов к антимикробным веществам определяли методом диффузии в агар на среде Muller-Hinton в соответствии с методиками, рекомендованными NCCLS (2000-2001) с помощью стандартных дисков фирмы HiMedia (Индия). В работе использовались диски с пенициллином, ампициллином, амоксициклавом, цефтриаксоном, цефотаксимом, линкомицином, амикацином, ванкомицином, линезолидом, эритромицином, ципрофлоксацином, котримоксазолом, фуразолидоном и нитроксилином.

Результаты исследований: Изученные штаммы лактобацилл в 100 % случаев были резистентны к фуразолидону, ципрофлоксацину, котримоксазолу, цефтриаксону, нитроксилину. 19 из 20 штаммов (95%) были резистентны к вакомицину. Большинство лактобактерии были также устойчивы к амикацину (75%), ампициллину (75%) и цефотаксиму (65%). Наибольшую чувствительность кишечные лактобактерии проявляли к пенициллину (70%), линезолиду (70%), эритромицину (65%) и линкомицину (60%). Все культуры лактобактерии были полирезистентны и проявляли одновременную устойчивость к 8-15 антибактериальным препаратам. Для каждого штамма лактобактерий был характерен индивидуальный спектр резистентности.

Таким образом, установлена высокая частота резистентности кишечных лактобактерий, выделенных у грудных детей, к наиболее часто используемым в клинической практике антибиотикам и химиопрепаратам. С этих позиций фуразолидон, котримоксазол, цефтриаксон, нитроксилин и метронидазол могут считаться наиболее безопасными препаратами для кишечной лактофлоры грудных детей.

ПОРАЖЕНИЕ ГЛАЗ ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА.

Миннуллина Э.Р., Нигматзянова Г.Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., проф. Фаткуллина Г.Р.

Поражение органа зрения нередко является одной из форм манифестации инфекционных заболеваний у детей. Нередко орган зрения поражается при следующих процессах: аденовирусная инфекция, токсоплазмоз, токсокароз, герпесвирусные инфекции, дифтерия, туляремия, гонококковая и хламидийная инфекции.

Инфекций семейства герпесвирусов, в частности вызванные герпесом 6 типа, цитомегаловирусом, ВПГ, могут проявляются в виде хориоретинита, катаракты, неврита зрительного нерва, кератита, что при отсутствии своевременной адекватной терапии приводит к слепоте. Особого внимания требует токсоплазмоз, как приобретённый, так и врождённый, который может сопровождаться аномалиями развития глаза в виде микрофтальма, анофтальма, атрофии зрительного нерва, рецидивирующим характером очагового хориоретинита, иридоциклита или папиллита.

Целью нашего исследования является: определить этиологическую структуру инфекционных поражений глаз у детей, оценить эффективность диагностических и терапевтических мероприятий.

Материал и методы исследования: анализ истории болезни, ИФА, ПЦР, КТ, осмотр глазного дна, динамическая оценка изучаемых параметров детей с поражением органа зрения, проходивших лечение на базе КДК РКИБ и офтальмологического отделения ДРКБ г. Казани в 2012 году.

Полученные результаты: у детей 10-16 лет поражение органа зрения в большинстве случаев (70%) обусловлено *Toxoplasma gondii*, на долю токсокарозной, туберкулезной, невыясненной этиологии процесса приходилось по 10%. В возрасте от 0 до 6 лет поражение глаз было обусловлено ЦМВИ в 40%, ВГЧ6 типа (20%), *Toxoplasma gondii* (20%), вирусом краснухи (20%). У детей 7-9 лет отмечалась токсокарозная и невыясненная этиология процесса в 66.7% и 33.3% соответственно. Эффективностью коррекции прямо коррелировала с ранними сроками начала этиотропной терапии. Диагностика осуществлялась с применением комплекса методов (ИФА, ПЦР), включая мониторинг состояния глазного дна.

Выводы: в структуре поражения органа зрения у детей превалировал токсоплазмоз, герпесвирусные инфекции, токсокароз. Эффективность диагностики и терапии поражений органа зрения у детей определяется сроками начала и комплексностью подхода с участием нескольких специалистов и динамическим мониторингом всех параметров процесса.

СЛОЖНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СКАРЛАТИНЫ У ДЕТЕЙ

Загидуллина М.Г., Александрова Т.А.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., асс. Сабитова А.М.

Скарлатина является наиболее распространенной формой стрептококковой инфекции у детей, сопровождающейся мелкоточечной сыпью. Диагностика этого заболевания осуществляется клинически с учетом эпидемиологического анамнеза. При наличии у больного нетипичных симптомов постановка диагноза затруднена.

Цель: изучение принципов дифференциальной диагностики скарлатины на примере сложного клинического случая.

Методы исследования: клиническое наблюдение, анализ лабораторных данных, истории болезни, медицинской литературы.

Результаты. Нами было проведено исследование клинического случая больной Я. 2003 года рождения, поступившей в инфекционную больницу г. Казани с направительным диагнозом: Инфекционный мононуклеоз на 6 день болезни с жалобами на повышение температуры, сыпь, боли в горле, затруднение носового дыхания, кашель. При объективном осмотре у больной отмечалась выраженная интоксикация, некротическая ангина, мелкоточечная и пятнисто-папулезная сыпь на лице, туловище и конечностях, инъекция сосудов конъюнктив обоих глаз, «малиновый» язык. В анализах крови наблюдался выраженный лейкоцитоз, сдвиг лейкоформулы влево до миелоцитов, ускорение СОЭ, увеличение прокальцитонина ≥ 2 . Дифференциальный диагноз у больной проводился между инфекционным мононуклеозом, псевдотуберкулезом, болезнью Кавасаки, скарлатиной. При бактериологическом исследовании из ротоглотки выделен *S.aureus*. Серологические исследования на антитела к вирусу Эпштейн-Барра, цитомегаловирусу, иерсиниям, бакпосев крови на стерильность дали отрицательный результат, титр АСЛО был повышен почти в 3 раза. На основании анализа полученных данных был выставлен заключительный диагноз: Скарлатина, тяжелая токсико-септическая форма. Лечение включало внутривенные инфузии, амоксициллин, дексаметазон, антигистаминные. На 20 день болезни больная выписана из стационара в удовлетворительном состоянии.

Заключение. Диагноз тяжелой формы скарлатины у ребенка поставлен на основании клинико-лабораторных данных. Неэффективность терапии пенициллином и нетипичные клинические признаки заболевания были обусловлены сопутствующей стафилококковой флорой.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ЗООНОЗНОГО КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА В КАЗАНИ

Хакимзянова М.А.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., асс. Сабитова А.М.

Лейшманиозы - группа природно-очаговых трансмиссивных заболеваний, распространенных в тропических и субтропических странах, вызываемых простейшими рода *Leishmania*, которые передаются человеку через укусы москитов.

По данным ВОЗ лейшманиозы встречаются в 88 развивающихся странах. Возрасание миграции населения обуславливает появление лейшманиоза в эндемичных районах мира.

Цель: Представить пациента с редким для нашего региона заболеванием.

Методы исследования: анализ литературных данных и истории болезни, клиническое наблюдение больного, лабораторные методы исследования.

Результаты. Был обследован пациент 17 лет, уроженец Туркменистана, с диагнозом: Зоонозный кожный лейшманиоз, лейшманиомы в стадии изъязвления, поступивший 30.10.2012 в Республиканскую инфекционную больницу г. Казани с жалобами на слабость, снижение аппетита, постепенное появление язв на коже лица, шеи и плеч. При объективном осмотре было обнаружено 5 малоблезненных язв (лейшманиом) размером от 1 до 5 см в диаметре на коже верхней и нижней трети правого плеча, шеи справа, подбородка и правой щеки. Лейшманиомы с подрытыми краями, ободком инфильтрата и обильным серозно-гнойным и сукровичным экссудатом. Вокруг самой крупной лейшманиомы на верхней трети плеча отмечались два мелких вторичных «бугорка обсеменения». При микроскопическом исследовании содержимого кожного инфильтрата обнаружены лейшманиии. С кожных покровов также выделен *S.aureus*. На фоне проводимого лечения мономицином, итраконазолом и местно мазью клотримазол началась эпителизация лейшманиом и в последующем сформировались рубцы. Общая длительность заболевания была около 3 месяцев.

Заключение. Диагностика кожного лейшманиоза основана на данных эпидемиологического анамнеза, клиники и обнаружении лейшманий. При своевременно начатом лечении заболевание имеет благоприятный прогноз.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ

Загидуллина М.Г.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Хаертынов Х.С.

Цель работы – изучение клинико-эпидемиологических особенностей внебольничных пневмоний у детей.

Методы исследования. Проведен анализ этиологии внебольничных пневмоний у детей разных возрастных групп (по результатам посева мокроты на микрофлору и данных серологического исследования на антитела к микоплазмам и хламидиям в реакции ИФА), а также выраженности воспалительного процесса по содержанию в периферической крови количества лейкоцитов и нейтрофилов.

Полученные результаты. Проведен анализ 75 историй болезни детей в возрасте от 1-го месяца до 17 лет, находившихся на стационарном лечении в детской больнице N1 г.Казани и в республиканской клинической инфекционной больнице с внебольничной пневмонией. Пневмония у детей регистрировалась, в основном, в двух возрастных группах: в возрасте до 3-х лет – 28% и от 8 до 13 – лет – 29%. В 26% случаев пневмония развивалась на фоне острой респираторной вирусной инфекции.

Этиология пневмонии была установлена у 33% детей, преимущественно школьного возраста. У 12 детей (16%) причиной пневмонии был *Streptococcus pneumoniae*, у 7 детей (9%) – *Haemophilus influenzae*, у 5-х детей (4%) – *Mycoplasma pneumoniae*, у 1-го ребенка – *Chlamidia pneumoniae*.

Лихорадка при пневмонии отмечалась у 90% детей, средняя ее продолжительность составила 4 дня. При этом, воспалительные изменения в периферической крови в виде лейкоцитоза и нейтрофилии были зарегистрированы только в 52% случаев.

Респираторный синдром отмечался у всех детей с пневмонией, при этом продолжительность ее была более длительной при отсутствии или слабой выраженности как воспалительных изменений в крови, так и синдрома интоксикации.

Заключение. Основными этиологическими причинами внебольничной пневмонии у детей являются внеклеточные микроорганизмы – пневмококк и гемофильная палочка. Значительную долю занимают внутриклеточные микроорганизмы – микоплазмы и хламидии, для которых характерна длительность респираторного синдрома. Внебольничная пневмония чаще регистрируется у детей раннего возраста и у школьников от 8 до 13 лет.

СИНДРОМ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ

**Шульга Н.Д., Анисимова А.В.,
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Хаертынов Х.С.**

Цель работы – оценка выраженности синдрома эндогенной интоксикации у детей с острыми кишечными инфекциями (ОКИ).

Методы исследования. Оценивалась содержание в крови лейкоцитов и нейтрофилов, уровень лактата, дефицита оснований (ВЕ), а также уровень в моче кетоновых тел.

Полученные результаты. Проведен анализ 60 историй болезни детей в возрасте от 2-х месяцев до 12 лет, находившихся на стационарном лечении в республиканской клинической инфекционной больнице (г.Казань) с различными ОКИ. Большинство составили дети в возрасте до 3-х лет (75%). В 66% случаев причиной ОКИ была ротавирусная инфекция, в 10% – сальмонеллез, в остальных случаях этиология осталась не установленной. В большинстве случаев (75%) ОКИ протекала в форме гастроэнтерита, в 8% случаев – в виде энтерита, у 16% детей зарегистрирован гастритический вариант. Все случаи ОКИ протекали с развитием эксикоза 1-2-й степени.

Лихорадка отмечалась в 83% случаев ОКИ. При этом, воспалительные изменения в крови были зарегистрированы только у 33% детей и проявлялись умеренно выраженным лейкоцитозом и нейтрофилией. В 90% случаев выявлена картина метаболического ацидоза: снижение в крови уровня ВЕ у 100% детей и снижение рН крови у 28% детей. В 83% случаев диагностирован кетоацидоз (повышение уровня кетоновых тел в моче разной степени выраженности), в 16% случаев – лактат-ацидоз (повышение в крови уровня лактата). Причем, развитие лактат-ацидоза наблюдалось только при тяжелых формах ОКИ, сопровождавшихся развитием обезвоживания 2-й степени. В 80% случаев лактат-ацидоз протекал с кетоацидозом.

Заключение. ОКИ у детей, протекающих с развитием эксикоза, сопровождаются метаболическими нарушениями, проявляющимися в виде ацидоза. Наиболее частой причиной метаболического ацидоза является кетоацидоз, реже – лактат-ацидоз. Самые тяжелые формы эксикоза протекают с развитием лактат-ацидоза.

СИНДРОМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ У ДЕТЕЙ С НЕОНАТАЛЬНЫМ СЕПСИСОМ

**Ялалдинова Р.Н., Климов А.Д.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Хаертынов Х.С.**

Цель работы – изучение выраженности синдрома воспалительной реакции у детей с неонатальным сепсисом.

Методы исследования. Синдром воспалительной реакции оценивался по уровню в крови прокальцитонина, С-реактивного белка (СРБ), а также по содержанию в периферической крови количества лейкоцитов и нейтрофилов.

Полученные результаты. Проведен анализ 35 историй болезни детей с неонатальным сепсисом в возрасте от 4-х дней до 2-х месяцев, находившихся на стационарном лечении в детской больнице N1 г.Казани. Из них 80% родились недоношенными. Практически у всех детей отмечались проявления полиорганной недостаточности. Этиологическими причинами сепсиса во всех случаях были грамотрицательные микроорганизмы: *Klebsiellapneumoniae* (40%), *Pseudomonasaeruginosa* (40%) и *Enterococcus* (20%).

Острый период НС протекал с развитием синдрома воспалительной реакции, что проявлялось повышением содержания в крови всех изучаемых параметров. Самые высокие значения регистрировались со стороны прокальцитонина (более 10 нг/мл) и СРБ. При этом, высокие показатели прокальцитонина и СРБ были выявлены в 100% случаев, тогда как лейкоцитоз – в 67%, нейтрофилия – в 80% случаев. Средний уровень лейкоцитов в крови составил $25 \times 10^9/л$. Отсутствие лейкоцитоза и нейтрофилии, в основном, имело место у детей, родившихся недоношенными на 28-32 неделях беременности. В 14% случаев НС протекал на фоне панцитопении.

Заключение. Наиболее надежными показателями синдрома воспалительной реакции при неонатальном сепсисе являются прокальцитонин и СРБ, высокие показатели которых в остром периоде заболевания регистрировались в 100% случаев.

ИЗЫСКАНИЕ И ИЗУЧЕНИЕ НОВЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ. БИОХИМИЯ

ОЦЕНКА ОСТРОЙ ТОКСИЧНОСТИ И БЕЗВРЕДНОСТИ «ТАБЛЕТОК ОТ КАШЛЯ»

Ильин Д.А.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – д.м.н., проф. Гараев Р.С.

В настоящее время лекарственные формы, содержащие порошок травы термопсиса, производятся ОАО «Татхимфармпрепараты» и ОАО «Дальхим-фарм» под названием «Таблетки от кашля». Работ, посвященных исследованию токсичности и безопасности применения «Таблеток от кашля» в литературе мы не обнаружили.

Цель исследования: оценить острую токсичность и влияние на организм длительного введения (30 дней) суспензии «Таблетки от кашля» производства ОАО «Татхимфармпрепараты» (г. Казань) и ОАО «Дальхимфарм» (г. Хабаровск).

Методики. Опыты проведены на крысах. Из таблеток готовили суспензию, которую вводили в желудок через атравматичный зонд. Острую токсичность определяли по методу Беренса. Для оценки безвредности «Таблеток от кашля» использовали дозу, составляющую 1/50 от ЛД50. Ежедневно регистрировали динамику массы тела. После 30 кратного ежедневного введения препаратов животных забивали кровопусканием. Кровь использовали для изучения гематологических и биохимических показателей. После забоя определяли относительную массу органов (отношение массы органа в мг к массе тела в г).

Результаты определения острой токсичности показали, что «Таблетки от кашля» производства ОАО «Татхимфармпрепараты» в 1,48 раза менее токсичны, чем аналогичный препарат производства ОАО «Дальхимфарм». ЛД50 соответственно 257+7,8 мг/кг и 174+7,5 мг/кг. Наблюдение за поведением животных после каждого введения изучаемых препаратов показало, что только с 20 дня эксперимента наблюдалось изменение поведения опытных животных в сравнении с контрольными, в виде повышенной возбудимости, тревожности, драчливости, агрессивности, что косвенно может отражать начало кумуляции токсического действия препаратов. После окончания введения препаратов мы не отмечали достоверных изменений в динамике прироста массы тела животных, относительной массы органов, изменения данных анализа крови (лейкоциты, эритроциты, и т.д.) и биохимических показателей (мочевина, креатинин, АЛТ, АСТ, и т.д.).

Таким образом длительное (30 дней) введение «Таблеток от кашля» производства ОАО «Татхимфармпрепараты» и ОАО «Дальхимфарм» в дозе 1/50 от ЛД50 не оказывает токсического действия и является безвредным.

К МЕХАНИЗМУ ДЕЙСТВИЯ СТРУКТУРНОГО АНАЛОГА ПРЕПАРАТА КАПАХ

Габдрахманова М.Р., Казакевич Ж.В.

Казанский государственный медицинский университет

Руководители – д.м.н., проф. Семина И.И., д.м.н., проф. Байчурин А.З.

Проведенными ранее исследованиями в ряду незамещенных фосфорилациетогидразидов нами выявлено соединение 3607, проявившее в дозах, равных 1/100 и 1/1000 от DL50 ноотропную и антидепрессивную активность, превосходящую в некоторых экспериментах таковую препарата сравнения КАПАХ.

Цель работы: изучение некоторых сторон механизмов действия соединения 3607 при однократном и многократном введении.

Методы исследования. Влияние на центральные серотонинергические процессы оценивали по взаимодействию с предшественником серотонина 5-окситриптофаном (5-ОТФ). 5-ОТФ вводили в дозе 300 мг/кг внутривентриально и через 25 минут в течение 5 минут регистрировали количество встряхиваний головой («кивков»). Влияние на холинергические структуры изучали по изменению длительности тремора, вызванного введением центрального м-холиномиметика ареколина (25 мг/кг подкожно). Соединение 3607 вводили внутривентриально в дозе 75 мг/кг (1/100 от DL50) за 30 мин до введения анализатора однократно или ежедневно в течение 14 дней. Контрольным животным вводили соответствующие объемы бидистиллированной воды. Результаты обработаны статистически с определением t- критерия Стьюдента. Эксперименты поставлены на 80 мышах-самцах массой 18-20 г.

Результаты экспериментов. При изучении влияния соединения 3607 на эффекты 5-ОТФ установлено, что однократное введение препарата не изменяет эффектов 5-ОТФ: количество «кивков» в контроле равно 22,4±1,7, в опыте – 44,1±8,7, p>0,05. Введение соединения 3607 в течение 14 дней приводит к усилению эффектов 5-ОТФ: контроль 25,9±0,8, опыт 41,6±1,5, p<0,05.

Однократное и повторное введение изучаемого соединения не изменяет эффектов ареколина: латентный период, длительность и выраженность тремора не различаются в контрольной и опытной группах.

Таким образом, выявлено серотонинпозитивное действие соединения 3607, проявляющееся при повторных введениях. Исследуемое соединение ни при однократном, ни при повторных введениях не изменяет центральных эффектов ареколина, что предполагает отсутствие влияния на центральные м-холинорецепторы.

ОЦЕНКА ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ НОВЫХ МЕТИОНИНОВЫХ КОМПЛЕКСОВ МЕДИ НА МОДЕЛИ ОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ

Игнатъева Л.А., Каримова Д.Р.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – д.м.н., проф. Залялютдинова Л. Н.

Медь является эссенциальным элементом и необходима человеку для реализации многих биохимических процессов. Соединения меди обладают противовоспалительными, пластическими, регенерирующими и другими фармакологическими свойствами.

Цель данной работы – экспериментально оценить противовоспалительную активность новых метиониновых комплексов меди.

Методы исследования. Эксперименты выполнены на 80 нелинейных крысах обоего пола. Острое воспаление моделировали введением 1% раствора каррагинина субплантарно в заднюю лапку крысы. Опытным животным за час до введения каррагинина в кожу лапки втирали 1% мазь на основе вазелина с L-, D- или DL- метиониновым комплексом меди, в группе сравнения - 1% мазь содержащую L-метионин, а в группе контроля – вазелиновую мазь. Для оценки эффективности резорбтивного действия вещество вводили внутривнутрибрюшинно за 1 час до моделирования воспаления в дозах 3,75 мг/кг, что составило 1/20 от средней летальной дозы и 7,5 мг/кг, что составило 1/10 от средней летальной дозы. Так как вещество плохо растворимо в воде, для внутривнутрибрюшинного введения его разводили крахмальной слизью - 1% и 2% взвесью соответственно указанным дозам. В контроле животным вводили крахмальную слизь. Выраженность отека лапы оценивали через три часа после введения каррагинина по увеличению объема лапки. Результаты экспериментов обрабатывали статистически с использованием критерия Стьюдента.

Результаты экспериментов показали, что мазь, содержащая только L-метионин не оказывала противовоспалительного действия; L-, D- и DL- аминокислотные комплексы меди достоверно подавляли выраженность отека на 48%, 47% и 37% соответственно. При внутривнутрибрюшинном введении аминокислотный комплекс меди оказывал раздражающее действие: беспокойство, периодическое втягивание живота («симптом корчи»). При этом способе введения уменьшение отека лапки было не более 10-23%.

Заключение. Для дальнейшего изучения представляют интерес комплексы меди на мазе-вой основе для местного лечения воспалительных процессов. Из-за местного раздражающего действия другие способы применения данных соединений, по-видимому, нецелесообразны.

СРАВНЕНИЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ЛИПОВОЙ КИСЛОТЫ И ДИКЛОФЕНАКА НАТРИЯ НА МОДЕЛИ АДЪЮВАНТНОГО АРТРИТА КРЫС МЕТОДОМ ИК-ТЕРМОГРАФИИ

Петрова А. А.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – д.м.н., проф. Залялютдинова Л.Н.

Ревматоидный артрит представляет собой хроническое иммунное воспаление с чередованием периодов ремиссии и обострения. Период активности артрита характеризуется локальной суставной гипертермией, которая может быть зарегистрирована с помощью инфракрасной (ИК-) термографии. Согласно данным литературы, данные ИК-термографии коррелируют с активностью заболевания.

Целью исследования является сравнение противовоспалительных свойств липовой кислоты (ЛК) и диклофенака натрия (ДФ) при пероральном и местном применении на модели адъювантного артрита (АА) крыс.

Материалы и методы. В эксперименте использовали 82 белые нелинейные крысы обоего пола массой 220±20г. АА моделировали субплантарным введением в правую заднюю лапу 0,1мл полного адъюванта Фрейнда. Исследуемые препараты (ЛК и ДФ) вводили внутривнутрибрюшинно с помощью зонда. Гели ЛК и ДФ наносили на кожу обеих лап ежедневно. Все препараты применялись один раз в день согласно лечебной схеме с 12-го дня эксперимента в течение 14 дней. ИК-термографию проводили в динамике на 0, 3, 7, 11, 15, 20 и 25 дни эксперимента. В области голеностопных суставов крыс с обеих сторон выбирался наиболее гипертермированный участок, в котором высчитывалась средняя температура. Далее, на основании полученных данных проводилось построение кривой температур обеих лап в динамике. Данные обрабатывались статистически с использованием t-критерия Стьюдента. Критерием достоверности различий явилось значение $P < 0,05$.

Результаты. Введение адъюванта Фрейнда привело к повышению температуры правой лапы крыс в среднем на $3,27 \pm 0,12^\circ\text{C}$, начиная с 3-го дня эксперимента и на $3,65 \pm 0,23^\circ\text{C}$ к 11-му дню. И пероральное, и местное курсовое применение ЛК привело к нормализации температуры лап крыс к 25-му дню. Пероральное применение ДФ привело к достоверному снижению температуры лап к концу эксперимента на $2,47 \pm 0,19^\circ\text{C}$, в то время как его местное применение не привело к статистически значимым изменениям.

Таким образом, нами было впервые показано, что ЛК на модели АА при пероральном и местном применении достоверно снижает гипертермию лап крыс и по эффективности превосходит препарат сравнения.

НОВЫЕ МОДИФИКАЦИИ КАЛИКС-[4]-РЕЗОРЦИНА КАК ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ СИСТЕМЫ АДРЕСНОЙ ДОСТАВКИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ

Габдрахманова М.Р., Казакевич Ж.В.

Казанский государственный медицинский университет

Руководители – д.м.н., проф. Семина И.И., д.м.н., проф. Байчурина А.З.

Работа является фрагментом исследований каликсаренов как перспективных систем доставки лекарственных веществ в клетки-мишени. Проведено изучение психотропной активности нового каликс-[4]-резорцина с модификацией по нижнему ободу молекулы и двух его комплексов с фосфорилацетогидразидами (соединениями I и II), проявившими в ранее проведенных исследованиях наибольшую психотропную активность.

Цель работы: сравнительное изучение ноотропной и антидепрессивной активности соединений I и II и их комплексов с каликс-[4]-резорцином.

Методы исследования. Для исследования влияния на процессы памяти и обучения использовали метод условной реакции пассивного избегания и Т-лабиринт, для оценки антидепрессивного эффекта – модель «поведенческое отчаяние». Соединения вводили внутривнутрибрюшинно в дозе 1/100 от DL50 за 30 мин до начала тестирования. Результаты обработаны статистически с определением t- критерия Стьюдента.

Результаты экспериментов. Сам каликс[4]резорцин не обладает нейротропной активностью. Во всех экспериментах комплексы соединений I и II с каликс[4]резорцином проявили активность, превосходящую таковую исходные соединения. Комплексы в большей степени улучшали процессы памяти и обучения, увеличивая латентный период захода животных в темный отсек экспериментальной камеры на модели УРПИ и уменьшая латентный период подхода к пище в Т-лабиринте. При их введении периоды «зависания» мышей на модел «поведенческое отчаяние» были короче, чем при введении соединений I и II, что свидетельствует о более выраженной антидепрессивной активности комплексов.

Таким образом, полученные результаты подтвердили полученные ранее сведения, о том, что включение фосфорилацетогидразидов в комплексы с каликс-4-резорцином усиливает их психотропную активность.

ВЫБОР АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ПРЕПАРАТА ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА

Игнатъева Л. А., Каримова Д. Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., проф. Залялютдинова Л. Н.

Болезни пародонта в настоящее время являются актуальной проблемой для стоматологов. По данным разных авторов, распространенность их составляет от 25 до 40% в возрасте до 35 лет и от 80 до 90% - после 40 лет. Перспективным направлением повышения эффективности местной этиотропной и патогенетической терапии является использование средств активного системного воздействия на микрофлору пародонтального кармана, а, следовательно, и на динамику воспалительного процесса. Антибиотикотерапия является основополагающим моментом комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита в стадии обострения.

Цель исследования: обоснование дифференцированного подхода к выбору антибактериального препарата при обострении хронического генерализованного пародонтита.

Фармацевтический рынок представлен широким спектром выбора антибактериальных препаратов, поэтому данная проблема является весьма значимой.

Объектом исследования явились публикации различных авторов, затрагивающие данную тематику.

Выбор антибактериального препарата с учетом его максимальной эффективности является залогом успешной предоперационной подготовки больных пародонтитом, быстрой послеоперационной реабилитации и сохранения ремиссии. Анализ литературы показывает, что выраженную антимикробную активность проявляют фторхинолоны, так как обладают выраженной антимикробной активностью, широким спектром действия, созданием высоких концентраций в тканях и клетках макроорганизма и относительно низкой частотой побочных эффектов. Результаты многочисленных исследований подтверждают высокую активность данных препаратов и возможность использования их при лечении пародонтитов, ассоциированных с *Porphyromonas gingivalis*, *Treponema denticola*, *Tannerella forsythensis* и *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*. Yang Q.C. и соавторы показали, что фибробласты собственного слоя десны способны накапливать ципрофлоксацин, работая как резервуар, что обеспечивает высокую внеклеточную концентрацию противомикробного средства в зоне воспаления.

Таким образом, фторхинолоны с широким диапазоном действия, как на анаэробные, так и на аэробные виды бактерий, особенно полирезистентные к антибиотикам и имидазолам, являются весьма перспективными в качестве средств монотерапии при смешанных инфекциях в стоматологии, в том числе и пародонтитов.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ И ГАСТРОПРОТЕКТОРНОЙ АКТИВНОСТИ L-МЕТИОНИНА И ЛИТИЯ МЕТИОНИНАТА ПРИ ПЕРОРАЛЬНОМ ПРИМЕНЕНИИ

Ульянина Л. Р., Игнатъева Л. А., Каримова Д. Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., проф. Залялютдинова Л. Н.

Одним из перспективных направлений лекарственной терапии различных воспалительных заболеваний, в том числе и заболеваний ЖКТ, является поиск новых препаратов метаболического типа действия, то есть лекарственных средств, сочетающих несколько видов фармакологической активности.

Цель работы - экспериментальное изучение противовоспалительной и гастропротекторной активности L-метионина и лития метионината.

Методы исследования. Эксперименты выполнены на 88 нелинейных крысах обоего пола. Противовоспалительную активность соединений изучали на модели острого каррагенинового отека лапы крыс. За час до моделирования воспаления животным вводили в желудок исследуемые препараты в аналогичных дозах. Выраженность отека у экспериментальных животных оценивали через 3 часа после его моделирования. Язву желудка моделировали путем введения в желудок крысы 96% этилового спирта из расчета 1 мл/100г массы тела. Опытные группы животных за 1 час до введения этанола перорально получали водные растворы L-метионина или его литиевого комплекса в различных дозах с учетом эквимоларности, а в контроле – воду в соответствующем объеме. Оценку повреждений слизистой желудка проводили через 3 часа после моделирования язвы. Результаты экспериментов обрабатывали статистически с применением t-критерия Стьюдента.

Результаты. Лития метионинат оказывал противовоспалительное действие, подавляя развитие каррагенинового отека на 24-35% в зависимости от дозы по сравнению с контролем. Лития метионинат проявил заметный защитный эффект, уменьшая признаки повреждения слизистой желудка этиловым спиртом до единичных точечных кровоизлияний, тогда как в контроле обнаруживались массивные кровоизлияния, эрозии и язвы. Независимо от дозы, аминокислотный комплекс лития достоверно уменьшал повреждения слизистой желудка на 58-62% по сравнению с контролем. Сам метионин не предупреждал развитие острого отека и не оказывал существенного защитного действия на слизистую.

Заключение. Лития метионинат в различных дозах при пероральном применении проявил противовоспалительное и гастропротекторное действие, что представляет интерес для дальнейшего изучения его фармакологических свойств.

ИЗУЧЕНИЕ БЕЗВРЕДНОСТИ КУРСОВОГО ВВЕДЕНИЯ ВК-500 И ИЗОНИАЗИДА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Кашапов Л. Р., Ильин Д.А.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., проф. Гараев Р. С.

ВК-500 - аналог димефосфона, содержащий в структуре фрагмент Изониазида, синтезирован в ИОФХ им. А.Е.Арбузова КНЦ РАН. Он является малотоксичным веществом (Средняя смертельная доза - для крыс составляет $2005 \pm 59,6$ мг/кг). Ранее установлена его противотуберкулезная активность. Изучение безопасности соединения, как потенциального противотуберкулезного препарата, является необходимым этапом доклинических исследований. С этой целью ВК-500 и Изониазид (опыт) вводили внутривентрально белым беспородным крысам с массой 150-170 г в течение 21 дня в эквимоларных дозах (250 мг/кг и 100 мг/кг соответственно). Контрольная группа получала дистиллированную воду тем же способом. В эксперименте использовано

30 крыс по 10 в каждой группе. В конце исследования животных забивали кровопусканием. Кровь использовали для изучения гематологических и биохимических показателей. После забоя определяли относительную массу органов (отношение массы органа в мг к массе тела в г). Статобработку проводили с использованием t-критерия Стьюдента.

Результаты экспериментов показали, что в опытных группах с 14 дня эксперимента наблюдали повышение возбудимости, тревожности, драчливости, агрессивности. Динамика роста массы тела опытных животных не показала достоверной разницы с контрольной группой. Повышение относительной массы органов выявлено только у селезенки в группе ВК-500 ($3,9 \pm 0,86$) и Изониазида ($3,59 \pm 0,76$) по сравнению с контролем ($2,58 \pm 0,41$). В группах ВК-500 и Изониазида отмечается тенденция к снижению уровня эритроцитов и гемоглобина и достоверное повышение СОЭ. Обработка биохимических показателей показала достоверное повышение уровня АСТ в группе ВК-500 ($203,1 \pm 25,9$ Е/л) относительно контроля ($142,6 \pm 22$ Е/л). В обеих опытных группах выявлено повышение уровня ГГТ и снижение содержания мочевины по сравнению с контролем ($p < 0,05$). Снижение содержания общего белка в крови была характерна только у животных группы Изониазида.

Так как повышение уровня АСТ и ГГТ является показателем гепато-токсичности, что наблюдается при длительном применении ВК-500, требуется дальнейшее изучение влияния препарата на другие функции печени.

ЛИПОВАЯ КИСЛОТА В ТЕРАПИИ НЕЙРОПАТИЧЕСКИХ БОЛЕЙ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Гайнетдинова А.Н.

Казанский государственный медицинский университет

Руководители – д.м.н., проф. Залялютдинова Л.Н., к.м.н., асс. Лапшина С.А.

Ревматоидный артрит представляет собой аутоиммунное заболевание, характеризующееся деструктивным процессом в суставах и хроническим болевым синдромом. По данным литературы у 10% больных ревматоидным артритом диагностируются нейропатические боли. В настоящее время для лечения различных заболеваний широко применяются антиоксиданты. В последние годы показана высокая эффективность липоевой кислоты при лечении диабетических нейропатий, алкогольной нейропатии, ишемии мозга и других заболеваний. Ранее на кафедре фармакологии нашего университета было установлено, что липоевая кислота проявляет противовоспалительное, анальгезирующее и жаропонижающее действие и эффективна в экспериментах на модели адьювантного артрита. Она представляет собой универсальный антиоксидант, способна поддерживать как липидный, так и водный антиоксидативный статус клетки. Липоевая кислота разрешена к применению в качестве гепатопротектора.

Целью данного исследования явилось изучение влияния липоевой кислоты на выраженность нейропатий у больных с ревматоидным артритом.

Материалы и методы: Группа из 30 пациентов с достоверным диагнозом ревматоидного артрита, кроме базисной терапии (метотрексат, лефлуномид, сульфасалазин), получали липоевую кислоту в течение месяца в таблетках в суточной дозе 150 мг. До начала и после окончания приема препарата была проведена диагностика нейропатической боли с помощью опросника DN4. Результаты тестирования до и после лечения обрабатывались статистически и сравнивались между собой.

До приема липоевой кислоты большинство больных жаловались на ощущение жжения, болезненное ощущение холода, пощипывание, ползание мурашек, покалывания, онемение конечностей. Через месяц после ежедневного приема липоевой кислоты многие эти жалобы исчезали, у некоторых больных сохранились незначительные ощущения онемения и холода. Статистическая обработка результатов исследования показала достоверное уменьшение показателей наличия нейропатической боли у пациентов с ревматоидным артритом ($P < 0,001$).

Таким образом, выявлена способность липоевой кислоты, препарата из группы гепатопротекторов с антиоксидантными свойствами, уменьшать выраженность нейропатий у больных с ревматоидным артритом.

ПОДБОР ОСНОВ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ СУППОЗИТОРИЕВ ГЛИЦИНА

Швецова Д. С.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - д. фарм. н., доц. Камаева С.С.

В современной педиатрической практике с недавнего времени началось активное применение препарата глицин для лечения заболеваний ЦНС. Глицин – это аминокислота, которая провоцирует метаболизм в нервных клетках. Препарат полностью физиологический, его воздействие на организм не резкое, что важно в детском возрасте. Глицин назначают детям, чтобы восстановить полноценную работу мозга ребенка, улучшить обмен веществ в организме, устранить возникший дисбаланс нервной системы. Побочные эффекты незначительны, что так же говорит в пользу применения глицина в педиатрической практике.

Препарат существует в форме сублингвальных таблеток. Это создает определенные сложности при приеме препарата у детей в возрасте до 3-4х лет. Актуальной является разработка ректальных суппозиторий глицина. Применение препарата rectum у детей имеет свои преимущества, такие как быстрое наступление эффекта, простота использования и безболезненность введения.

Целью нашего исследования является подбор оптимального состава основы для суппозиторий глицина. Для реализации поставленной цели были изготовлены образцы основ, содержащих масло какао, парафин, твердый кондитерский жир, бутирол, ПЭГ-400 и ПЭГ-1500, эмульгатор Т-2, воск эмульсионный в различных комбинациях.

Для исследования свойств основ использовались такие методы как определение температуры плавления, времени полной деформации.

По итогам исследований было установлено, что показателям качества соответствуют суппозиторные основы следующих составов:

- 1) Масло какао 95% и эмульгатор Т-2 5%;
- 2) Масло какао, ПЭГ 1500, ПЭГ 400 в соотношении 10:4:1;
- 3) Масло какао, ПЭГ 1500, ПЭГ 400 в соотношении 6,7:2,3:1;
- 4) Бутирол;
- 5) Твердый кондитерский жир и парафин в соотношении 5:1;
- 6) Масло какао и парафин в соотношении 14:1;
- 7) Масло какао и парафин в соотношении 9:1;
- 8) Бутирол и Т-2 в соотношении 14:1;
- 9) Масло какао, ПЭГ 1500, ПЭГ 400, воск эмульсионный в соотношении 9,3:6,7:3:1.

Дальнейшие исследования будут проводиться с основами указанных выше составов.

ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕНОТОКСИЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА НОВЫХ ПРОТИВОПАРКИНСОНИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ

Архарова И. А.
Казанский (Приволжский) федеральный университет
Руководитель – д.б.н., доц. Трушин М. В.

Болезнь Паркинсона (БП) представляет собой заболевание центральной нервной системы (ЦНС), этиология (а именно – триггерный фактор) которого в настоящее время не определена. В связи с этим очевидной становится причина ограниченности эффективности применяемых в настоящее время средств, среди которых наиболее широко используемыми в настоящее время являются агонисты дофаминовых рецепторов, ингибиторы моноаминоксидазы и КОМТ, прямые предшественники дофамина, различные нейропротекторы. Поэтому поиск и исследование биологических свойств новых противопаркинсонических веществ представляет собой особый интерес.

Цель данной работы заключалась в исследовании генотоксичности новых противопаркинсонических субстанций диоловой природы, любезно предоставленные ИОХ СО РАН. Исследование проводили в системе Allium-тест. Тестировались различные концентрации вещества. Эксперименты проводили в трех повторностях. Для каждой концентрации вещества использовали по 3 луковицы, с каждой луковицы срезали не менее 5 корешков, что давало несколько тысяч клеток для анализа. Корни фиксировали в фиксаторе Карнуа, окрашивали ацетокармином, анализировали на микроскопе Аксиолаб (производства «Карл Цейс»).

В результате проведенной работы были изучены концентрации вещества от 0.1 до 1%. При концентрациях 0.1-0.2 % рост корней наблюдали, при более высоких концентрациях рост был плохим или отсутствовал. Исследованные концентрации не вызвали повышенное образование микроядер, хромосомных аномалий и других токсических эффектов.

Итак, данное вещество в исследованных концентрациях может быть оценено как безопасное с точки зрения генотоксикологии.

ИЗУЧЕНИЕ БИОРАСПРЕДЕЛЕНИЯ ЖЕЛЕЗО-УГЛЕРОДНЫХ НАНОЧАСТИЦ В ОРГАНАХ И ТКАНЯХ

Петрова И. М., Арташян О. С.
Уральский федеральный университет
Руководитель – д.м.н., проф. Юшков Б.Г.

В свете изучения наночастиц как потенциальных терапевтических агентов проведено экспериментальное исследование, целью которого было выявление особенностей биораспределения железо-углеродных наночастиц в органах и тканях. В эксперименте использовали 4 группы лабораторных мышей (по 5 в каждой), которым однократно в хвостовую вену вводили 0,5 мл суспензированных железо-углеродных наночастиц, являющихся разработкой Института Физики Металлов УрО РАН (Екатеринбург), в концентрациях 1 и 20 мг/мл. Животных выводили из эксперимента через 1 и 30 сутки. Для изучения циркуляции и распределения наночастиц забирались цельная кровь, сердце, почки, легкое, селезенка, печень. Концентрацию частиц в тканях определяли с помощью магнитных измерений на весах Фарадея (лаборатория прикладного магнетизма ИФМ УрО РАН). Гистологические срезы окрашивали гематоксилином-эозином. При статистической обработке результатов использовали критерий Манна-Уитни с вероятностью ошибки $(p) < 0,05$. Время пребывания железо-углеродных наночастиц в кровотоке мало (несколько минут), и не зависит от концентрации введенной суспензии. Основная часть частиц накапливается в печени ($92,7 \pm 0,15\%$ от общего количества введенного препарата). Накопление наночастиц в селезенке, легких, сердце и почках ($7,3 \pm 0,30\%$) вызывает изменения со стороны микроциркуляторного русла, но не нарушает структуру органов, что можно объяснить крайне небольшим содержанием наноконгломератов в них. Печень претерпевает значительные структурные изменения, наночастицы аккумулируются в клетках Купфера. Наряду с дистрофическими изменениями в печени отмечается включение компенсаторных механизмов в виде клеточной и внутриклеточной регенерации. Через месяц общее содержание наночастиц в тканях уменьшается ($83,7 \pm 0,60\%$ суммарно) за счет выведения из организма. Таким образом, введенные системно наночастицы имеют однотипный характер распределения в тканях, независимо от концентрации суспензии. В органах включаются компенсаторные механизмы, выражающиеся, главным образом, в активации фагоцитирующих мононуклеаров.

ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ СИСТЕМЫ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА МЕТОДОМ ПРОСТРАНСТВЕННОЙ РЕГИСТРАЦИИ РОСТКА СГУСТКА

Нурхаметова Д.Ф.
Казанский государственный медицинский университет
Руководители – д.м.н., проф. Мустафин И.Г., асс. Рамазанов Б.Р.

Пациенты с болезнью Крона (БК) и язвенным колитом (ЯК) имеют повышенный риск тромбозомболических осложнений. Формирование тромбов при данной патологии может происходить как в сосудах воспаленной стенки кишечника, так и в других органах. Относительный риск тромбозов при таких патологиях во время развития рецидивов болезни возрастает в 15 раз. Воспалительные процессы инициируют активацию многих факторов свертывания. Существующая гиперкоагуляция не всегда регистрируется с помощью рутинных методов оценки системы свертывания. Проблема поиска новых прогностических методов оценки состояния системы свертывания является очень актуальной у группы пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК).

Цель исследования - изучить возможность прогнозирования возникновения гиперкоагуляционных состояний и тромбозов у пациентов с ВЗК методом исследования пространственного процесса свертывания по регистрации светорассеяния от сгустка, выращенного в неперемешиваемой плазме.

Методы исследования. Для оценки системы гемостаза использовался прибор Тромбоимиджер-2, также оценивались такие параметры как АЧТВ, время свертывания по Сухареву, ПТИ и т.д.

Забор крови осуществлялся в пробирку-вакутейнер с цитратом натрия (BD). Пробы центрифугировались двукратно. Полученная обедненная тромбоцитами плазма исследовалась на приборе Тромбоимиджер-2 по стандартному протоколу. В качестве контроля использовалась контрольная плазма.

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе исследования было протестировано 7 пациентов с ВЗК: язвенный колит ($n=4$), болезнь Крона ($n=3$) в стадии обострения. Состояние гиперкоагуляции наблюдалось у всех обследованных пациен-

тов, и сопровождалось спонтанным образованием сгустков на 8.42 ± 0.48 минуте исследования. В контрольной пробе спонтанного образования сгустков не наблюдалось. Начальная скорость роста сгустка в пробах составила 92.43 ± 6.65 мкм/мин по сравнению с контрольной плазмой (54 мкм/мин). Это свидетельствует о наличии у данных пациентов выраженной гиперкоагуляции, не регистрируемой рутинными методами оценки системы гемостаза (показатели коагулограммы у пациентов были в пределах нормы). Таким образом, анализ пространственной регистрации роста сгустка может быть предложен в качестве метода выбора для прогнозирования возможных тромбозов при ВЗК.

ПРОТЕОЛИТИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ ИЗОЛЯТОВ ГРИБОВ CANDIDA SPP.

Файзуллина Р.И., Аухадиева Г. Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководители – д.м.н., проф. Мустафин И.Г., к.м.н., асс. Тюрин Ю. А.

Грибы рода *Candida* обладают целым арсеналом факторов вирулентности. Протеолитические свойства грибов рода *Candida*, колонизирующих слизистые и составляющие основной компонент микробиоценоза у этой группы пациентов изучены недостаточно. Цель исследования состояла в изучении в тестах *invitro* протеолиза клеточных рецепторов на моноцитах и лимфоцитах человека секретиремыми протеазами грибов *Candida* spp., выделенными от пациентов с бронхиальной астмой, которые получали ингаляционные стероиды. Определение протеолиза CD клеточных лейкоцитарных рецепторов осуществляли с применением цитофлуориметрического метода. Лимфоциты/моноциты выделяли методом изопак-фиксированной сепарации из крови здоровых доноров. При инкубации нативных лимфоцитов/моноцитов с супернатантом жидкой среды, в которой культивировали клинические изоляты грибов видов *Candida albicans*, *Candida krusei*, при pH 7,45, было установлено уменьшение CD4+ рецепторов на донорских лимфоцитах/моноцитах в сравнении с контролем (в опытных образцах лимфоциты/моноциты CD4+ $7,3 \pm 0,5\%$, в контрольных образцах CD4+ $52,5 \pm 0,5\%$, $p < 0,05$), содержание других CD-рецепторов на лимфоцитах не претерпело изменений (опытные образцы - CD3+ $80,2 \pm 0,5\%$, CD8+ $21,5 \pm 0,5\%$, CD19+ $8,5 \pm 0,5\%$, CD16+ $11,3 \pm 0,5\%$; контрольные образцы - CD3+ $81,2 \pm 0,5\%$, CD8+ $20,5 \pm 0,5\%$, CD19+ $8,0 \pm 0,5\%$, CD16+ $10,8 \pm 0,5\%$).

ВЫЯВЛЕНИЕ ПНГ-КЛОНОВ

Хуснутдинов Р.Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководители – д.м.н., проф. Мустафин И.Г., асс. Рамазанов Б.Р.

Пароксизмальная ночная гемоглобинурия (ПНГ) является приобретенным нарушением кроветворных стволовых клеток, в котором соматическая мутация PIGA-гена, связанного с X-хромосомой, приводит к частичному, или полному дефициту таких GPI-белков, как CD55 и CD59. Эти белки являются факторами защиты собственных клеток от активированной системы комплемента. Популяция клеток с дефицитом этих мембранных антигенов называют "ПНГ-клонами". Особенностью этих клеток является повышенная устойчивость к программированной гибели клеток (апоптозу), что может способствовать увеличению доли ПНГ-клеток в костном мозге. Значительные размеры ПНГ-клонов и их уязвимость активированному комплементу может спровоцировать массивный внутрисосудистый гемолиз, образование тромбов и привести к серьезным осложнениям.

Цель исследования: Выявить клоны клеток с дефектом экспрессии белков CD59 и CD55 в популяциях форменных элементов крови у пациентов группы риска к возникновению ПНГ.

Методы исследования: Для выявления ПНГ-клонов в периферической крови использовали метод проточной цитометрии на приборе FACS Canto II с программным обеспечением FACS Diva 2.0. В качестве GPI-связывающих маркеров использовали флуоресцентный антитело FLAER (PineWood Scientific), моноклональные антитела к CD59 (Invitrogen). Для определения уровня экспрессии CD14 на моноцитах и CD24 на гранулоцитах использовали моноклональные антитела производства Beckman Coulter.

Процедура анализа: Забор крови осуществлялся в пробирку-вакутейнер с ЭДТА (BD). Анализ гранулоцитов, моноцитов и эритроцитов производился отдельно. Размер клона ПНГ в популяции эритроцитов оценивался долей CD59-отрицательных клеток к размеру всей популяции эритроцитов. Размер клона ПНГ в популяциях гранулоцитов и моноцитов определялся по доле FLAER-/CD24- и FLAER-/CD14- клеток соответственно.

Результаты исследования и их обсуждение: Было обследовано 20 проб крови от пациентов группы риска к данной патологии. Дефицит GPI-белков (CD59) был выявлен у 12 из 20 обследованных пациентов. Размер ПНГ-клона в популяции эритроцитов составил $0.1-42.7\%$. ПНГ клон в популяции гранулоцитов и моноцитов составил $0.4-97.6\%$ и $0.3-99.6\%$ соответственно. Группа заболеваний с повышенным риском трансформации в ПНГ представляет особый научный интерес, вследствие необходимости прогнозирования.

РОЛЬ ЭНДОГЕННЫХ ПАТОГЕНОВ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА В АТЕРОГЕНЕЗЕ

Оразбаева К., Оспанова Е., Тулеугалиев Б.
Западно-Казахстанский государственный медицинский университет
Руководители - к.б.н., ст. преп. Уразгалиев К.Ш., к.б.н., доц. Беккужин А. Г.

Актуальность: Молекулярные механизмы развития атеросклероза (АС) практически не изучены. АС разновидность холестериноза, синдром дефицита в клетках полиеновых жирных кислот (ПЖК). Один из симптомов АС – активация воспаления в ответ на накопление в межклеточной среде эндогенных патогенов (ЭП). Сейчас в генезе АС кардинальную роль играет теория непосредственного участия определенных количеств, размеров и типов иммунных комплексов (ИК). Дефицит ПЖК влияет на генез патологических процессов, обуславливаемых ИК. В интактном обмене липидов и липоидов ключевое место занимают белки. Стимуляторами синтеза белков ЛП являются липиды и липоиды. Нами выдвинута гипотеза «Негативной индукции трансляции протеинов для ЛП ведущих к генезу избытка ИК».

Цель работы: изучение вероятности участия белковых комплексов липидов и липоидов в патогенезе АС.

Материалы и методы: сыворотка крови обследуемых пациентов. Энзиматические и колориметрические методы определения изогликемического интервала и липопротеидов.

Результаты и обсуждение: в опытной группе по сравнению с контролем видно дислиппротеинемии (отдельные фракции) холестерин $5,86 \pm 0,09$ ммоль/л, ЛПВП $1,22 \pm 0,11$ ммоль/л. Дисбаланс липидов любой этиологии требует наличие достаточных количеств белков обеспечивающих их обмен. В зависимости от качественных и количественных особенностей изменений жиров можно допустить и дисбаланс белков (ЛПВП $1,22 \pm 0,11$ ммоль/л). В наших исследованиях наблюдается дисбаланс липопротеидных комплексов. Триггерами изменения концентрации протеинов (ЛПВП $1,22 \pm 0,11$ ммоль/л) является дисбаланс липидов и липоидов. Есть обстоятельства для образования определенного метаболического избытка липопротеидов, которые уже являются «чужеродными». Значит, обязательно образуется ИК, их избыток также нельзя исключить. При определенных негативных метаболических механизмах (дефицит макрофагов, аутоагрессия с участием системы комплемента и др.), крупные ИК занимают центральное место в патогенезе АС. Дисбаланс липопротеидов (через иммунные комплексы) имеют немаловажное значение в патогенезе АС.

Заключение: Не исключается участие избытка липидов и липоидов (ХС, ТГ) в отрицательной индукции трансляции протеинов ЛП, который логически приводит к образованию патогенных ИК, имеющих значение в атерогенезе.

ИММУНОЛОГИЯ И АЛЛЕРГОЛОГИЯ

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ЭТИОЛОГИИ И ПАТОГЕНЕЗЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

Вахитова Э.Ж.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., асс. Дунаев П. Д.**

Рассеянный склероз (РС) – заболевание центральной нервной системы, поражающее лиц молодого трудоспособного возраста и быстро приводящее их к инвалидизации, характеризующееся образованием очагов демиелинизации – бляшек по периферии желудочков мозга, в субкортикальной зоне белого вещества, мозжечке, в шейных и поясничных сегментах спинного мозга. Характерными симптомами заболевания являются: неврит зрительного нерва, ретробульбарный неврит, скандированная речь и нарушения моторики, тремор, нистагм, отсутствие или ослабление рефлексов передней брюшной стенки, парестезии, прежде всего в области дистальных отделов конечностей, нарушения мочеиспускания, нарушение психики. В мире насчитывается около 2 млн больных рассеянным склерозом, в России – более 200 тыс.

Патогенез РС остается до конца не изученным, в связи с этим цель настоящей работы – на основании литературных данных сформулировать современные представления о его механизмах. РС может возникнуть в результате взаимодействия ряда неблагоприятных внешних и внутренних факторов. К внешним факторам относят вирусные и/или бактериальные инфекции; токсические вещества и радиация (в том числе солнечная); особенности питания; геоэкологическое место проживания; травмы; частые стрессовые ситуации. Кроме того, отмечается генетическая предрасположенность к развитию РС. В частности, прослежена четкая зависимость развития РС от экспрессии определенных антигенов гистосовместимости (HLA-A3, HLA-B7, HLA-DW2, HLA-DR2). В тоже время, наследование РС не укладывается в рамки простой моногенной модели. Под влиянием неблагоприятных факторов нарушается проницаемость гемато-энцефалического барьера. Антигенные структуры ЦНС – основной белок миелина и гликопротеин миелина становятся доступными для иммунокомпетентных клеток. В результате образуются клоны аутореактивных Т-лимфоцитов которые оказывают на ЦНС повреждающее действие.

Для лечения РС применяют глюкокортикостероиды, которые обладая иммуносупрессивным действием сокращают выраженность воспалительного процесса.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОПУЛЯЦИИ ТУЧНЫХ КЛЕТОК НАДПОЧЕЧНИКОВ В ПРОЦЕССЕ СТАРЕНИЯ

Иванова М.И., Арташян О.С.

**Уральский федеральный университет
Руководитель - д.м.н., проф. Юшков Б.Г.**

Возрастные нарушения стресс-ответа и способность индуцировать адекватный адаптивный ответ является одним из важных механизмов старения. Вопрос роли тучных клеток, располагающихся в коре надпочечников-основного эффектора стресса, на сегодняшний день остается открытым и требует дополнительного изучения.

Цель. Оценить морфофункциональное состояние тучных клеток надпочечников разных возрастных групп крыс.

Материалы и методы. Экспериментальных животных делили на три возрастные группы, по 10 крыс в каждой: 6 месяцев (молодые), 12 месяцев (зрелые) и 24 месяца (старые). Для анализа производили забор обоих надпочечников. Для выявления мастоцитов гистологические срезы окрашивали Азуром II. Выделяли 4 типа мастоцитов: 1) «1» тип – низкое содержание гранул в цитоплазме; 2) «2» тип – среднее содержание гранул; 3) «3» тип – крупные клетки, с плотным и диффузным расположением гранул; 4) «0» тип-дегранулированные клетки. Осуществляли подсчет количества мастоцитов ($S=1\text{мм}^2$), расчет коэффициента дегрануляции и среднего гистохимического индекса. При статистической обработке использовали критерий Манна-Уитни, при вероятности ошибки (p) < 0,05 различия между средними значениями считались достоверными.

Результаты исследования. По данным нашего исследования во всех группах наблюдается равномерное распределение по типам клеток: «3+», «2+», «1+». Но если клеток типа «0» в группах молодых ($6,7 \pm 0,9$) и зрелых ($5,5 \pm 0,5$) животных содержится мало, то у старых крыс ($13,5 \pm 0,8$) отмечается увеличение их количества практически в два раза. Общее количество тучных клеток увеличивается в группе старых животных по сравнению с молодыми и зрелыми. Степень дегрануляции мастоцитов капсулы надпочечников с возрастом возрастает, за счет увеличения количества клеток типа «0». При этом средний гистохимический коэффициент не изменяется.

Заключение. Полученные нами результаты свидетельствуют об увеличении общего количества тучных клеток в группе старых животных по сравнению с более молодыми, а также отмечается усиление их функциональной активности. Возможно мастоциты наряду с макрофагами и эндотелиальными клетками, играют важную роль в регуляции функции коры надпочечников, осуществляя «настройку» ее реакции на стресс, выделяя специфические регуляторные медиаторы.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЛИМФОИДНЫХ ОРГАНОВ ПРИ РЕПАРАТИВНОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Силантьева Е.А.
Уральский федеральный университет
Руководитель - к.б.н., доц. Храмова Ю.С.

Иммунная система участвует в регуляции регенераторных процессов различных органов, в том числе щитовидной железы, которая относится к физиологически изолированным тканям, что ограничивает доступ к ней иммунокомпетентных клеток. Несмотря на то, что данной теме посвящено большое количество работ, остается еще много нерешенных проблем и вопрос об иммунологической регуляции репаративной регенерации щитовидной железы остается актуальным.

Поэтому, целью настоящей работы является оценка состояния лимфоидных органов при репаративной регенерации щитовидной железы.

Исследование проводили на 20 крысах на 1, 7 и 14 сутки после частичной резекции щитовидной железы. В качестве контроля использовали интактных животных. Изготавливали срезы тимуса и селезенки, которые окрашивали гематоксилин-эозином. Для оценки состояния иммунной системы при регенерации исследовали селезенку и тимус. На препаратах измеряли соотношения площадей, занимаемых белой и красной пульпой селезенки, а также занимаемых корковым и мозговым слоем тимуса; толщину капсулы и клеточный состав тимуса и селезенки, их общую клеточность и вес. Была проведена оценка показателей ПК: количество лейкоцитов, лимфоцитов, гранулоцитов и моноцитов. Значимость различий при статистической обработке экспериментального материала оценивали по непараметрическому критерию Манна-Уитни.

Исследование полученного материала показало, что при частичной резекции щитовидной железы наблюдается увеличение массы (с $501,2 \pm 70,27$ до $817,5 \pm 44,55$ у селезенки; с $209,6 \pm 32,76$ до $351,7 \pm 27,89$ у тимуса) и клеточности тимуса и селезенки. Кроме того, селезенка реагирует увеличением процентного содержания белой пульпы и уменьшением толщины капсулы. Тимус аналогично реагирует увеличением процентного содержания коркового вещества, и уменьшением толщины капсулы. На всех исследуемых сроках после повреждения отмечается лейкоцитоз.

Исходя из полученных данных, можно сделать вывод, что при частичной резекции щитовидной железы наблюдаются структурные изменения на клеточном уровне в селезенке, тимусе и костном мозге, направленные на активацию регенераторных процессов в щитовидной железе.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ОМАЛИЗУМАБА В БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ

Валеева А.Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Скороходкина О.В.

Омализумаб (Ксолар) представляет собой гуманизированные моноклональные IgG1 антитела, которые селективно связываются с циркулирующим IgE. Анти-IgE терапия показана пациентам с тяжелой персистирующей атопической бронхиальной астмой (БА), контроль над которой не удается достичь на фоне применения ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС) (GINA 2011 г.).

Цель. Оценить эффективность применения ксолара у пациента с персистирующей атопической бронхиальной астмой тяжелого течения.

Материалы и методы. Мы наблюдали пациентку Н., 33 г. с диагнозом: Бронхиальная астма атопическая, персистирующая, тяжелого течения, неконтролируемая в фазе обострения. Аллергический ринит, персистирующий, средней степени тяжести. Сенсibilизация к аллергену домашней пыли с.317, D.pteronysinus. Эмфизема легких. Пневмосклероз. ДН 2. Диагноз БА установлен в возрасте 11 лет. Введение ксолара осуществлялось согласно инструкции производителя.

Результаты. Исходно, пациентка находилась на базисной терапии системными ГКС (СГКС) (преднизолон в суточной дозе 20 мг) и симбикортом $160/4,5$ мкг в режиме единого ингалятора. На этом фоне отмечались ежедневные приступы удушья в дневное и ночное время, которые купировала салбутамолом до 3 раз в сутки. При этом ОФВ1 составил 62%, ПОС-56%. Уровень общего IgE был 445 МЕ/мл. Совокупность клинических, лабораторных и инструментальных данных явились показанием к назначению ксолара в дозе 300 мг подкожно 1 раз в 14 дней № 6. Через 1 месяц от начала терапии нами отмечалась положительная динамика. Количество дневных и ночных приступов удушья снизилось до 3-4 раз в неделю, потребность в препаратах неотложной помощи не превышала 3 раза в неделю. Значение ОФВ1 было 81%, ПОС-77%. К концу терапии отмечались только дневные приступы до 2 раз за неделю исключительно при физической нагрузке. Показатели ФВД составили ОФВ1 87%, ПОС 80%.

Выводы. Таким образом, включение в базисную терапию омализумаба позволило отменить СГКС, уменьшить дозу ИГКС при достижении частичного контроля БА.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА "УРО-ВАКСОМ" В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ БУЛЛЕЗНЫМ ЦИСТИТОМ

Сахибназарова Д.М.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Скороходкина О.В., д.м.н., доц. Морозов В.И.

Цель: оценить эффективность препарата «Уро-ваксом» у детей с хроническим буллезным циститом.

Материал и методы: нами было обследовано 10 детей (8 девочек, 2 мальчика) в возрасте от 1 года до 12 лет с диагнозом хронический буллезный цистит, которым согласно медицинским стандартам заболевания с целью верификации диагноза проводились клинико-лабораторные, биохимические, инструментальные методы исследования. Все дети получали стандартную терапию с применением уросептиков, физиотерапии, инстилляции мочевого пузыря уросептиками. 5 детей получали в комплексной терапии препарат «Уро-ваксом» по 1 капсуле в течение 3 месяцев.

Результаты: у 5 из 10 больных на фоне стандартного лечения отмечена положительная динамика заболевания. У остальных пятерых детей анализ динамики клинической картины заболевания показал, что, несмотря на проводимую адекватную терапию, воспалительный процесс со стороны мочевыводящих путей разрешался крайне медленно: сохранялись дизуриче-

ские проявления и мочевого синдром (лейкоцитурия). По данным цистоскопии наблюдались признаки хронического воспаления слизистой оболочки мочевого пузыря, а по данным бактериологического исследования мочи – бактериурия 104 и более. При исследовании иммунного статуса отмечалось снижение индекса фагоцитоза - 59,4+1,7. Совокупность клинических и лабораторных данных явились показанием для назначения уро-ваксома. В результате в течение последующего года у 2 детей количество обострений снизилось до 4 раз, а у 3-х на фоне комплексного лечения отмечалось только 1 обострение заболевания.

Выводы: Таким образом, иммуномодулятор микробного происхождения «Уро-ваксом» может быть рекомендован больным хроническим буллезным циститом при вялотекущем воспалительном процессе и наличии признаков иммунной недостаточности.

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ РОЛЬ ГРИБОВ В ВОЗНИКНОВЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Акшарова Г.Л.
Чувашский государственный университет
Руководитель - д.м.н., проф. Петрова Т.И.

Спорообразующие грибы, как этиологический фактор аллергических заболеваний, наименее изучены. Но установление причинных факторов грибковой сенсибилизации имеет важное значение для целенаправленного лечения. Исходя из вышеизложенного определена цель исследования: установить этиологическую роль грибов в формировании аллергических заболеваний. Были сформулированы следующие задачи: провести комплексное обследование детей с аллергическими заболеваниями; выявить среди обследованных пациентов детей с грибковой сенсибилизацией; установить особенности течения аллергических заболеваний, обусловленных грибковой сенсибилизацией. Материалы и методы исследования: нами было обследовано 30 детей в возрасте от 5 до 17 лет с различными аллергическими заболеваниями. Все дети были в периоде ремиссии основного заболевания. Специфическое аллергологическое обследование включало в себя сбор анамнеза; кожное тестирование; лабораторные тесты: определение уровня общего IgE, аллерген-специфических IgE-антител в сыворотке крови методом ИФА к грибковым аллергенам. В результате обследования выявлено - биологический анамнез был отягощен у всех детей; почти у половины детей 14(46,6%) имелись животные, пищевая аллергия наблюдалась у 11 пациентов (36,6%). Клиническое течение аллергических заболеваний с грибковой сенсибилизацией отличалось тяжелым течением, наблюдалась сезонность обострений. По результатам кожного тестирования у 35% детей была выявлена грибковая сенсибилизация, в большинстве наблюдалась поливалентная сенсибилизация, у 20% детей была моновалентная грибковая сенсибилизация. У всех детей с грибковой сенсибилизацией выявлено увеличение общего IgE от 3 раз до 7 раз соответственно при АР и БА. Аллерген-специфические IgE-антитела 3 и 4 классов у каждого третьего пациента. Выводы: таким образом установлено, что спорообразующие грибы являются фактором риска развития аллергических заболеваний; клиническое течение характеризовалось тяжелым течением, отличалось сезонностью обострений, резистентностью к предпринимаемой терапии; при кожном тестировании грибковая сенсибилизация выявлена у 35% детей, которая чаще сочеталась с бытовой, эпидермальной сенсибилизацией; пациентам рекомендуется соблюдение режима антигенного щажения; постоянное наблюдение и лечение у аллерголога-иммунолога.

ОЖИРЕНИЕ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Коннова Е.А.
Чувашский государственный университет
Руководитель - д.м.н., проф. Петрова Т.И.

Бронхиальная астма является одним из самых частых заболеваний у детей с непрерывно рецидивирующим течением, ухудшающим качество жизни не только ребенка, но и членов его семьи. Целью исследования явилось установить роль ожирения в формировании и течения бронхиальной астмы у детей. Были сформулированы следующие задачи: проанализировать физическое развитие детей, находившихся на стационарном лечении в пульмонологическом отделении БУ ДРКБ; определить уровень физического развития у обследуемых детей; определить количество детей с бронхиальной астмой с повышенным питанием. А так же выявить связь между физическим развитием детей и течением бронхиальной астмы. Материалы и методы исследования: всего проанализировано 43 истории болезни детей с бронхиальной астмой различной степени тяжести в возрасте от 4 до 17 лет. Из них девочек 12(28%), мальчиков 31(72%). Обследование детей включало в себя: сбор анамнеза, оценку физического развития центильным методом с определением самотипа, гармоничности физического развития, уровня питания. При исследовании было выявлено, 18% детей с микросоматическим типом физического развития, 26% с макросоматическим и 36% с мезосоматическим типом. Уровень питания девочек был параторофия 17%, ожирение 25%, нормотрофия 41%, дефицит массы тела 17%, у мальчиков соответственно 35,5%, 26%, 29%, 9,5%. Среди детей с тяжелой степенью бронхиальной астмы процент детей с сопутствующим ожирением составил 9%. Выводы: таким образом установлено, что среди детей с бронхиальной астмой 26%(одна четверть) детей имеет избыток массы тела; среди детей с ожирением у каждого десятого бронхиальная астма имеет тяжелое течение. Дети с гипертрофическим физическим развитием должны находиться под диспансерным наблюдением с обязательной коррекцией питания с целью профилактики осложнения основного заболевания.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОЧЕТАННЫХ ФОРМ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПЕРЕПАРАТОВ И СЕНСИБИЛИЗАЦИИ К НЕИНФЕКЦИОННЫМ АЛЛЕРГЕНАМ

Ефимова Е.П., Галеев В.А.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., проф. Хакимова Р.Ф.

Цель: изучить особенности клинических проявлений непереносимости нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) у пациентов при сочетании с сенсибилизацией к неинфекционным аллергенам.

Объект исследования: методом сплошной выборки из 1064 пациентов, наблюдающихся в Республиканском центре клинической иммунологии, отобрано 37 в возрасте от 18-72 лет (от 18-25 лет – 35,2%; 25-40 лет – 21,6%; старше 40 лет – 43,2%; мужчины составили 40,5%, женщины – 59,5%). Сформированы группы: I - пациенты с непереносимостью НПВП и аллергическим ринитом (3); II - пациенты с непереносимостью НПВП и бронхиальной астмой (10); III - пациенты с аспириновой астмой

(4); IV - пациенты с бронхиальной астмой и полипозным риносинуситом (20). В работе использованы аналитический, статистический, библиографический методы.

Результаты: анализ анамнестических данных показал, что отягощенная по атопии наследственность имела место у 24,3% больных, в I группе не отмечалась. Непереносимость НПВП, ведущей причиной которой являлись по мере убывания частоты анальгин, аспирин, кеторол, диклофенак, выявлена у 17 больных (из них 23,5% - мужчины, 76,5% - женщины). При этом сенсibilизация к бытовым аллергенам установлена у 35% больных, к пыльцевым – у 6%, сочетанная – у 18%. В 18% случаев сенсibilизации к основным неинфекционным аллергенам не выявлено. В IV группе у большинства пациентов определена сенсibilизация к бытовым аллергенам – 35%, сочетанная – 40%; определенной временной взаимосвязи дебюта полипозного риносинусита и бронхиальной астмы не установлено. Клинические проявления непереносимости НПВП в I группе – чихание (100%), заложенность носа (66%), ангионевротический отек (34%); во II группе - ангионевротический отек (50%), приступ удушья (40%), уртикарные высыпания (20%), сухой кашель (10%); в III – приступ удушья (100%).

Выводы: непереносимость НПВП чаще наблюдается у женщин, при этом наиболее часто определяется сочетание с сенсibilизацией к бытовым аллергенам. Клинические проявления непереносимости НПВП зависят не столько от препарата, сколько от заболеваний, сочетающихся с непереносимостью НПВП.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЫЛЬЦЕВОЙ СЕНСIBILИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНЫХ РАЙОНОВ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН

Гайнуллина Г.Р.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – д.м.н., проф. Хакимова Р.Ф.

Цель: изучить региональные особенности пыльцевой сенсibilизации у больных поллинозом.

Материалы и методы исследования: Объектом исследования явились 40 пациентов в возрасте от 18 лет и старше, отобранные методом случайной выборки, которые наблюдаются в РЦКИ РКБ МЗ РТ. В зависимости от места жительства пациентов сформированы две группы по 20 человек: I- проживающие в юго-восточных районах, II-проживающие в западных районах РТ. В работе использованы аллергологические и статистические методы исследования.

Обсуждение: Выявлены возрастные различия: в I группе 70% составили пациенты в возрасте от 18 до 25 лет, пациенты старше 40 лет не встречались, в то время как во II группе показатели составили соответственно 35% и 40%. Анализ анамнестических данных показал, что дебют поллиноза в возрасте до 10 лет отмечался у 40% больных в I и 10% - во II группе. При изучении характера сенсibilизации достоверных отличий в частоте повышенной чувствительности к пыльце луговых и сорных трав не выявлено. Однако установлена тенденция к росту частоты сенсibilизации к пыльце деревьев и сочетанной сенсibilизации к пыльце деревьев, луговых и сорных трав. При этом в I группе в 40% случаев выявлена только пыльцевая сенсibilизация; у остальных - её сочетание с сенсibilизацией к эпидермальным и бытовым аллергенам (во II группе - соответственно 55% и 45% случаев). Клиническая картина значительно отличалась в исследованных группах и характеризовалась преобладанием аллергического ринита во II группе по сравнению с I группой (35% и 25% соответственно). С другой стороны, бронхиальная астма изолированная и в сочетании с аллергическим ринитом встречалась чаще в I (75%) по сравнению со II группой (65% случаев).

Выводы: У пациентов, проживающих в юго-восточных районах Республики Татарстан аллергические заболевания, вызванные сенсibilизацией к пыльцевым аллергенам, имеют более ранний дебют с формированием сочетанных форм сенсibilизации и клинических проявлений, по сравнению с пациентами из западных регионов.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА

Васильева Е.В.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – д.м.н., проф. Хакимова Р.Ф.

Актуальность проблемы аутоиммунного тиреоидита обусловлена распространенностью, хроническим течением, требующим постоянной терапии, влиянием на качество жизни пациентов.

Цель работы: изучить иммунный механизм патогенеза аутоиммунного тиреоидита.

Методы исследования: библиографический, аналитический.

Обсуждение: Аутоиммунный тиреоидит – это воспалительное заболевание аутоиммунной природы, в основе патогенеза которого лежит деструкция фолликулов и фолликулярных клеток щитовидной железы. Выделяют два типа заболевания: хронический и транзиторный, которые различаются по этиологическим факторам, вызывающих повреждение тироцитов и, как следствие, «обнажение» аутоантигенов (тиреопероксидаза, тиреоглобулин). В первом случае это происходит при воздействии внутренних (например, наследственность, нарушение иммунного гомеостаза) и внешних (инфекция, избыточное потребление йода) факторов. Во втором случае - после беременности, лечения препаратами интерферона. Затем происходит миграция антигенпредставляющих клеток, которые презентуют аутоантиген CD4+лимфоцитам за счёт взаимодействия соответствующих рецепторов (B7 и CD28) . «Наивные» Т-лимфоциты ведут к пролиферации Th1- и Th2-лимфоцитов. К неконтролируемой активации Th1-хелперов ведёт также нарушение работы Т-регулирующих клеток из-за низкой экспрессии на них рецептора CTLA-4. Th1- и Th2-хелперы, соответственно, увеличивают количество CTL-клеток и активируют В-лимфоциты. Впоследствии происходит запуск апоптоза, антителозависимой клеточноопосредуемой цитотоксичности. Здесь можно сделать вывод, что клеточный ответ в патогенезе играет большее значения вследствие избыточной активации Th1-хелперов. Данный механизм патогенеза ведёт к тому, что строение щитовидной железы нарушается, её практически полностью замещают иные клетки (лимфоциты, макрофаги, плазматические клетки). Из-за недостаточного количества функционирующих фолликулов щитовидной железы развивается гипотиреоз, который существенно снижает качество жизни пациентов. Согласно исследованиям, свидетельством в пользу аутоиммунного характера патогенеза тиреоидита является семейная предрасположенность и взаимосвязь с другими аутоиммунными заболеваниями.

ЧАСТОТА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У БОЛЬНЫХ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

Губаева Д. Н.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., доц. Васильева А. А.**

Актуальность темы. Аллергический ринит относится к числу наиболее распространенных аллергических заболеваний. По данным эпидемиологических исследований, частота встречаемости аллергического ринита в мире составляет 10%-25%. Известно, что при неадекватном и несвоевременном лечении аллергического ринита повышается риск возникновения такого серьезного заболевания как бронхиальная астма. По данным литературы, бронхиальной астмой страдают до 10-40% больных с аллергическим ринитом.

Цель работы. Проанализировать частоту бронхиальной астмы у больных с аллергическим ринитом.

Материалы и методы. Анализ научной литературы по проблеме и статистический анализ амбулаторных карт.

Полученные результаты. Опубликованные исследования доказывают значимость аллергического ринита в возникновении бронхиальной астмы. Сочетание аллергического ринита и бронхиальной астмы морфологически обосновано существованием единой системы дыхательных путей ("one airway, one disease"). В ходе проведенного статистического анализа 32 амбулаторных карт пациентов с аллергическим ринитом, наблюдающихся у аллерголога в РЦКИ РКБ, было выявлено, что 71, 87% из них имели бронхиальную астму. При этом бронхиальная астма чаще наблюдалась у пациентов с персистирующим аллергическим ринитом (15 случаев или 65%). На уровне первичного звена бронхиальная астма была диагностирована у 18 пациентов (78%) и являлась причиной направления больного на консультацию аллерголога. Предварительный диагноз аллергического ринита был выставлен по месту жительства в 62,5 % случаев. Достаточно часто у больных с сочетанием бронхиальной астмы и аллергического ринита на последнем внимание врачей первичного звена не концентрировалось, и по данному поводу в 37,5% не было направлений на консультацию ЛОР-врача и аллерголога.

Заключение. Бронхиальная астма часто формируется у больных с аллергическим ринитом. Своевременная диагностика аллергического ринита и вовремя начатое лечение снижают риск возникновения бронхиальной астмы и ее прогрессирование. Однако на уровне первичного звена значение аллергического ринита часто недооценивается.

МЕХАНИЗМЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА НА ИММУННУЮ СИСТЕМУ

Усманова А.Р.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., проф. Хакимова Р.Ф.**

Актуальность темы. Стрессовые воздействия, связанные с разнообразными эмоциональными переживаниями, сопровождают нас на протяжении всей жизни. Включение одной из наиболее лабильных систем организма - иммунной системы, в развитие общего адаптационного синдрома представляется безусловным. Дисбаланс в механизме реагирования на стресс приводит к различным заболеваниям.

Целью исследования явилось изучение механизмов влияния психоэмоционального стресса на иммунную систему человека.

Материалы и методы исследования: тщательная обработка информации в учебной и научной литературе, подробный анализ результатов исследований отечественных и зарубежных авторов.

Обсуждение: Анализ работ показал, что имеет место взаимосвязь иммунной и нервной системы: при стрессе напряженность иммунной системы и активность факторов естественной резистентности снижается у людей, состояние которых характеризуется унынием, отчаянием, мрачными предчувствиями, страхом, беспокойством. Напротив, иммунная система более устойчива у людей, настроенных оптимистично.

Показано, что состояние стресса связано с патологической инертностью тех или иных функциональных образований в центральной нервной системе, а также с изменением активности ряда веществ – нейромедиаторов (адреналина, норадреналина, серотонина, дофамина), нейропептидов и гормонов (АКТГ, КРФ, кортикостероидов), которые регулируют деятельность иммунной системы организма. В условиях стресса в крови резко возрастает уровень гормонов - глюкокортикоидов, высокая концентрация которых подавляет иммунную систему организма, что может привести к увеличению восприимчивости организма к инфекции или к беспрепятственному делению мутантных клеток и развитию злокачественных опухолей. Под влиянием избыточных за счёт стресса кортикостероидов снижается число макрофагов и моноцитов в крови, происходит лизис Т-лимфоцитов, тормозится продукция цитокинов.

Обзор эмпирических исследований показал, что нейро-иммунные механизмы тревоги и депрессии тесно связаны с Th1/Th2-балансом. В иммунопатогенезе депрессии преобладают реакции Th1-типа, опосредуемые синтезом противовоспалительных цитокинов (ИЛ-4, ИЛ-10) и приводящие к гуморальному ответу по немедленному типу.

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

ЦИТОКИНОВЫЙ СТАТУС И ПОКАЗАТЕЛИ СОЭ НА ФОНЕ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Лопатиева А.О.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., асс. Манапова Э.Р.**

Цель исследования: изучение содержания цитокинов во взаимосвязи с уровнем СОЭ в крови пациентов с ВИЧ-инфекцией при ПВТ ХГС. Пациенты и методы: 40 пациентов в возрасте 30,0±0,80 лет. Вирусная нагрузка по HCV-инфекции была высокой – у 68%, генотип 2 и 3 определялся у 19 (48%). Исследуемые находились в III ст.– 23 (57%) и IVA ст.–17 (43%)

ВИЧ-инфекции. Пациенты получали ПегИФН α -2а 180 мкг/нед+рибавирин (в зависимости от генотипа HCV-800-1200 мг/сут.) 48 недель. Показатели цитокинового статуса определялись в сыворотке крови методом твердофазного ИФА.

Результаты: стойкий вирусологический ответ (СВО) был достигнут у 71%. До лечения уровни СОЭ достоверно не отличались от показателя здоровых, на всех сроках лечения ($p < 0,001$) и 4 неделе наблюдения ($p < 0,01$) отмечалось повышение показателя по сравнению с данными до начала ПВТ и на 24 неделе наблюдения достоверно не отличались от уровня перед началом лечения. Такая тенденция наблюдалась у "ответивших" и "неответивших", без достоверных различий между группами. До лечения уровни ИЛ-1 β в группе "неответивших" были достоверно выше ($p < 0,001$), были ниже на 24 и 48 неделе ПВТ ($p < 0,001$) по сравнению с показателями ответивших, но в периоде наблюдения сохранялись сниженными по сравнению с данными до лечения в обеих группах независимо от результата ПВТ. ИФН γ повышался в первой и второй группах с 24 недели лечения, но у "неответивших" далее на всех сроках сохранялся достоверно ($p < 0,001$) низким по сравнению с показателями здоровых ($35,7 \pm 7,2$, пкг/мл, $p < 0,001$) и с ответившими. ИЛ-10 повышался у пациентов обеих групп по сравнению с уровнем до ПВТ без достоверных различий между "ответившими" и "неответившими". Изначально повышенные показатели ИЛ-2 у пациентов обеих групп по сравнению со здоровыми резко снижались на 4 недели лечения, далее на фоне ПВТ повышались в обеих группах с достоверной разницей между первой и второй группой, но у "ответивших" нормализовались к сроку СВО, а у "неответивших" сохранялись достоверно ($p < 0,01$) ниже показателя здоровых и "ответивших". Таким образом, у пациентов с сочетанной HCV/ВИЧ инфекцией, не достигших СВО, отмечались низкие уровни ИЛ-1 β , ИЛ-2 и ИФН γ по сравнению с "ответившими", свидетельствующие о слабом иммунном ответе и сохранении репликации, при одинаковой динамике показателя СОЭ в обеих группах.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТОКСОКАРОЗА У ВЗРОСЛЫХ

Ткачева Е.С.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., доц. Гилмуллина Ф.С.**

Целью нашего исследования явилось изучение клинико-лабораторных особенностей токсокароза у взрослых по данным консультативно-диагностического кабинета Республиканской клинической инфекционной больницы в период с 2008 по 2011 годы.

Под наблюдением находилось 17 больных токсокарозом, из них 59% женщин, 41% мужчин. По месту жительства было больше городских жителей – 82%. 59% больных имели домашних животных (собак и кошек), 88% - приусадебные участки или дачу.

По клиническим проявлениям преобладала висцеральная форма бронхолегочный вариант – 59%. Кроме этого, наблюдалась только кожная форма – у 41%.

У всех больных титры антител к токсокарам в ИФА были 1/800 и выше: 1/800 – у 41%, 1/1600 – у 47%, более 1/3200 – у 12%. У 24% наблюдалось ускорение СОЭ и лейкоцитоз. У 41% больных эозинофилы в пределах нормы, у 23,5% больных - умеренная эозинофилия до 10%, у 35% больных – высокая эозинофилия (более 11%).

Для лечения применяли немозол (альбендазол) в дозе 800 мг в сутки длительностью 10 дней. После курса лечения наблюдалась положительная динамика клинических проявлений: у 65% – симптомы исчезли, у 35% - значительное улучшение. У 64% больных наблюдалось снижение титров антител: в 4-8 раз у 35%; в 2 раза - у 29%. У 29% – титры антител не изменились, у 6% – титры антител были выше, чем до лечения. У 80% больных наблюдалось значительное уменьшение эозинофилии, у 20% – без динамики. После курса лечения наблюдалась нормализация других показателей периферической крови: СОЭ, уровня лейкоцитов.

Таким образом, токсокароз выявлялся у взрослых, имеющих приусадебные участки и длительный контакт с домашними животными, преобладающей клинической формой являлся бронхолегочный вариант с высокими титрами антител к токсокарам, эозинофилией периферической крови, а применение 10-дневного курса немозола у 65% больных приводило к клинико-лабораторному улучшению.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЭХИНОКОККОЗА

Юнусова З.Р.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., доц. Гилмуллина Ф.С.**

Целью нашего исследования явилось изучение особенностей диагностики эхинококкоза по данным консультативно-диагностического кабинета Республиканской клинической инфекционной больницы в период с 2008 по 2011 годы.

Под наблюдением находилось 33 больных эхинококкозом в возрасте от 18 до 75 лет, среди них 58% женщин, 42% мужчин. Заболевание с одинаковой частотой наблюдалось у городских (45,5%) и сельских (54,5%) жителей. 27% больных раньше проживали в эндемичных регионах (республики Средней Азии), у 70% больных – длительный контакт с собакой.

По локализации преобладало поражение печени – у 52%, сочетанное поражение (печени и легких, печени и селезенки) у 30%, поражение легких у 15%, поражение селезенки – у 3%.

Клиника у большинства больных была малосимптомной (79%), очаговые изменения выявлялись при УЗИ органов брюшной полости и плановой флюорографии. У 15% больных наблюдали бронхолегочный синдром (бронхопневмонии, у 2 больных осложненные плевритом), у 6% больных – после закрытой травмы живота – операция спленэктомия.

Для специфической диагностики применяли ИФА с определением титров антител к эхинококкам у 30 больных. У 82% больных ИФА был положительным, у 18% - отрицателен. У 24% титры антител были низкими 1/100-1/200 (в основном – эхинококкоз печени). Высокие титры (1/800 и выше) – у 39% больных (в основном, сочетанное поражение печени и легких).

Важное значение имеет инструментальная диагностика – всем больным проводилось УЗИ органов брюшной полости, рентгенография органов грудной клетки, РКТ – 58% больным. Эозинофилия периферической крови наблюдалась только у 18% больных. 61% больным проводилось гистологическое исследование послеоперационного материала, у 1 – диагноз подтвержден после бронхоскопии при цитологическом исследовании осадка жидкости, у 1 – после плевральной пункции при микроскопии плевральной жидкости.

Таким образом, у больных эхинококкозом преобладало поражение печени, с малосимптомным течением, выявлением специфических антител в ИФА и паразитологическим подтверждением при гистологическом исследовании послеоперационного материала.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ МУЖСКОГО И ЖЕНСКОГО ПОЛА

Мухутдинова Э.А., Музибуллин А.Н.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., асс. Галева Н.В.

Цель: провести сравнительное исследование биохимических показателей у здоровых мужчин и женщин.

Под наблюдением находилось 40 здоровых лиц мужского (20 человек) и женского (20 человек) пола в возрасте 22 лет. У всех проводился забор крови на аланинаминотрансферазу (АлАТ), билирубин, гаммаглутамилтранспептидазу (ГГТ), щелочную фосфатазу (ЩФ), сывороточное железо, креатинин, мочевины, амилазу, общий белок.

В результате исследования замечены выраженные различия в ряде биохимических показателей. Так активность АлАТ составила у женщин $15,64 \pm 2,98$ Ед/л, что верно ($p < 0,001$) отличалось от такового у мужчин $25,15 \pm 7,72$ Ед/л. Достоверные различия ($p < 0,01$) наблюдались и в значениях ГГТ (мужчины $21,74 \pm 8,99$ Ед/л; женщины $14,85 \pm 4,95$ Ед/л), ЩФ (мужчины $84,72 \pm 17,74$ Ед/л; женщины $72,15 \pm 19,12$ Ед/л), креатинина (мужчины $85,75 \pm 12,81$ ммоль/л; женщины $68,83 \pm 12,87$ ммоль/л), общего белка (мужчины $76,8 \pm 4,05$ г/л; женщины $70,50 \pm 6,64$ г/л). Уровень сывороточного железа составил также четко определенную ($p < 0,05$) разницу между полами – у мужчин $19,01 \pm 6,17$ мкмоль/л, женщин $15,25 \pm 4,97$ мкмоль/л. Показатели значений мочевины (мужчины $4,70 \pm 1,12$ ммоль/л; женщины $4,75 \pm 1,23$ ммоль/л), амилазы (мужчины $60,05 \pm 14,83$ Ед/л; женщины $67,84 \pm 13,32$ Ед/л), общего билирубина (мужчины $14,92 \pm 5,88$ ммоль/л; женщины $13,23 \pm 5,54$ ммоль/л) существенно не различались.

Таким образом, во многих биохимических значениях у мужчин и женщин наблюдалась заметная разница, что важно учитывать при научных исследованиях. Особенно с высокой долей достоверности эти отличия выявлены в показателях АлАТ.

АКТУАЛЬНЫЕ СРЕПТОКОККОВЫЕ ИНФЕКЦИИ

Габдрахманова М.Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., асс. Загидуллина А.И.

Заболевания, вызываемые *Streptococcus pyogenes*, распространены повсеместно и отличаются крайним полиморфизмом. Вновь вспыхнувший интерес к стрептококку группы А связан с тем, что с середины 80-х годов 20 века во многих странах отмечен рост заболеваемости стрептококковыми инфекциями, в т.ч. тяжелых форм, что связано со сменой циркулирующих в популяции М-серотипов стрептококка. Ежегодно в мире регистрируется свыше 100 млн. случаев первичной стрептококковой инфекции, из них - 18,1 млн. случаев тяжелых форм, 1,8 млн. новых случаев генерализованной стрептококковой инфекции, более 111 млн. случаев – кожных форм, 616 млн. случаев – фаринготонзиллита.

Нами проанализированы истории болезни больных, госпитализированных в ГАУЗ Республиканскую клиническую инфекционную больницу им. профессора А.Ф. Агафонова за 5 лет (2007 - 2012 г.г.). Доля госпитализированных в стационар больных со стрептококковыми инфекциями составляет от 10,5 % до 17,4 % ежегодно (1380 - 2179 больных). Среди стрептококковых инфекций, как причин для госпитализации в стационар, наибольший удельный вес принадлежит ангине – от 8% до 14 % от всех госпитализированных больных в год, реже - роже (составляет около 3 % в год), а скарлатина - причина для госпитализации гораздо меньшего числа больных (0,1 – 0,23%).

Заболееваемость стрептококковыми инфекциями не имеет тенденции к снижению, а в последние годы отмечается рост тяжелых форм заболеваний. Среди стрептококковых инфекций чаще всего врачам-клиницистам приходится сталкиваться с ангиной и рожей.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТОКСОКАРОЗА У ДЕТЕЙ

Исламова Г.Н., Закиязнова А.Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., доц. Гилмуллина Ф.С.

Целью нашего исследования явилось изучение клинико-лабораторных особенностей токсокароза у детей по данным консультативно-диагностического кабинета Республиканской клинической инфекционной больницы в период с 2008 по 2011 годы.

Под наблюдением находилось 33 больных токсокарозом в возрасте от 2 до 12 лет. По полу преобладали мальчики - 62%. Городские и сельские жители распределились поровну. У 49% детей наблюдалась привычка геофагии, 76% имели домашних животных (собак и кошек), приусадебные участки или дачу.

По клиническим проявлениям преобладала висцеральная форма бронхолегочный вариант - 39%. Абдоминальный синдром наблюдался у 24%, кожная форма – у 12%, глазная форма – у 6%, анемия – у 18%.

У всех больных титры антител к токсокарам в ИФА были 1/800 и выше: 1/800 – у 61%, 1/1600 – у 27%, более 1/3200 – у 12%. У 33% больных - лейкоцитоз с ускорением СОЭ. У 79% детей наблюдалась эозинофилия: умеренная эозинофилия (до 10%) - у 21% пациентов, высокая эозинофилия (более 11%) - наблюдалась у 57% больных.

Для лечения применяли немозол (альбендазол) в дозе 10 мг/кг массы в сутки длительностью 10 дней. После курса лечения наблюдалась положительная динамика клинических проявлений: у 70% – симптомы болезни исчезли, у 30% - значительное улучшение. После курса лечения у 64% наблюдалось снижение титров антител: в 4-8 раз у 45,5%; в 2 раза у 18%. У 24% – титры антител не изменились. У 61% наблюдалось значительное уменьшение эозинофилии, у 15% – без динамики, у 23% эозинофилия была выше, чем до лечения. Кроме этого наблюдалась нормализация других показателей периферической крови (СОЭ, уровня лейкоцитов, гемоглобина).

Таким образом, токсокароз наблюдался у детей с привычкой геофагии, имеющих приусадебные участки и длительный контакт с домашними животными, преобладающей клинической формой являлся бронхолегочный вариант с высокими титрами антител к токсокарам, выраженной эозинофилией периферической крови, а применение 10-дневного курса немозола у 70% больных приводило к клинико-лабораторному улучшению.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ИЛ-28 У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С

Ганеева Э.И., Тасаева А.В., Габдрахимова А.Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., доц. Ткачева С.В.

Цель: выявить частоту распределения определенных вариантов полиморфизма гена ИЛ-28В у больных с хроническим гепатитом С (ХГС).

Материалы и методы: в исследование было включено 58 пациентов с ХГС. Исходные показатели активности HCV-инфекции: высокая вирусная нагрузка RNA-HCV (>400000 МЕ/мл) определялась у 52% больных; 1 генотип - у 41 (71%), «2/3» - у 17 (29%) исследуемых; средний уровень аланинаминотрансферазы (АлАТ) составил 72,79±9,85 ед/л. Выявление полиморфизма единичных нуклеотидов (ПЕН) в локусах rs8099917 и rs12979860 гена ИЛ-28В проводилось с помощью набора реагентов «Амплиценс Геноскрин-IL28В-FL» (лаборатория вирусных гепатитов отделения молекулярной диагностики ЦНИИЭ г. Москва).

Результаты: частота встречаемости неблагоприятных генотипов СТ и ТТ полиморфизма rs12979860 и TG и GG полиморфизма rs8099917 гена ИЛ-28В составила 78% и 45%; в то время как благоприятные варианты генотипов CC полиморфизма rs12979860 и ТТ полиморфизма rs12979817 регистрировались у 22% и 55% пациентов в исследуемой группе. Следует отметить, что генотип ТТ (rs8099917) регистрировался достоверно чаще (67% и 55%) по сравнению с генотипами TG и GG той же аллели. Сочетание благоприятных генотипов, а именно CC (rs12979860) и ТТ (rs8099917) встречалось у 13 (22%) больных. Пациенты с HCV-1 чаще имели генотип ТТ полиморфизма rs8099917 (71,9% и 28,1%, $p < 0,001$), а распределение носителей CC было равномерным независимо от генотипа HCV. Высокая вирусная нагрузка RNA-HCV в ПЦР определялась чаще среди носителей генотипов CC (rs12979860) и ТТ (rs8099917), соответственно (62,5% и 37,5%, $p < 0,01$). У больных исследуемой группы, независимо от генотипа ИЛ-28В, преобладала низкая биохимическая активность (повышение АлАТ до 3 норм).

Таким образом, определение ПЕН rs12979860 и rs8099917 гена ИЛ-28В у больных с ХГС имеет большое практическое значение и в совокупности с другими предикторами достижения стойкого вирусологического ответа может способствовать принятию решения о назначении ПВТ, а также определения ее длительности.

АЛЬФА-ИНТЕРФЕРОНОТЕРАПИЯ И ПРОДУКТЫ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С

Ямбулатова О.Ю., Галиев Р.Ф.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., асс. Галеева Н.В.

Агрессивная, динамично меняющаяся терапия α -интерферонами (α -ИФН) делает актуальным оценку состояния продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) у больных хроническими парентеральными гепатитами на фоне альфа-интерферонотерапии, поскольку хорошо известны побочные эффекты: гриппоподобный синдром, депрессия, похудание, миелосупрессия и другие. В ходе лечения возможно повышение цитолитической активности, которая может быть причиной дисбаланса процессов ПОЛ.

Целью нашего исследования явилось: оценить динамику продуктов ПОЛ в сыворотке крови больных хроническим вирусным гепатитом С (ХВГС) на α -ИФН-терапии.

Под наблюдением находилось 56 больных ХВГС, все получали лечение индукционным методом – реаферон по 5-6 млЕД + рибавирин по весу. Критерием состояния свободнорадикального окисления служило накопление промежуточных гидроперекисей (ГП) и одного из его конечных продуктов – малонового диальдегида (МДА). Забор крови для исследования осуществляли до начала назначения препаратов интерферона, через 10 дней терапии, затем ежемесячно в течении 48 недель. До начала лечения показатели ПОЛ достоверно не отличались от данных здоровых лиц и составили: МДА (20,1 0,11 мкМ/л), ГП (5,63 0,34 отн. ед./мл).

На фоне α -ИФН уже в первые десять дней лечения наблюдалось достоверное ($p < 0,001$) изменение вышеуказанных показателей относительно исходных данных - увеличение МДА на 70,1% (3,42 0,24 мкМ/л), ГП на 48,1% (8,34 0,61 мкМ/кг). В последующие сроки наблюдения сохранились с некоторыми колебаниями высокие показатели продуктов ПОЛ. К двенадцатому месяцу терапии их достоверная разница по сравнению с исходными данными составила повышение МДА на 10,0% (2,21 0,09, $p < 0,05$), ГП на 13,7% (6,46 0,12, $p < 0,05$), не достигнув уровня здоровых лиц.

Таким образом, альфа-интерферонотерапия в высоких дозах при ежедневном введении в течение 48 недель способна вызвать дисбаланс в окислительно-антиоксидантной системе: повышение продуктов ПОЛ, причем максимально достоверные их изменения наблюдались в первые и последние недели лечения. Выявленный дисбаланс окислительно-восстановительных процессов у больных ХВГС на фоне α -ИФН диктует необходимость применения антиоксидантов.

CLINICAL AND IMMUNOLOGICAL PARAMETERS IN THE EARLY STAGES OF HIV INFECTION IN PATIENTS WITH COMBINED HIV/CHC INFECTION

Farooq Mohammad
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., асс. Манапова Э.Р.

Objective: to evaluate the clinical and immunological features and cytokine profile of patients in the early stages of HIV infection by parenteral transmission. Materials and methods: 20 patients (pts) (70% male), drug abusers, with a combined HIV/CHC infection, duration of HIV infection <12 months (WB became «+» in 5,5±0,6 months) and of CHC <10 yrs. VL RNA-HIV was more than 10000 copies/mL for 16(80%) pts, with a CD4+ level >500 cells/ μ L for 50% pts. Concentration of the IL-1 β , IL-2, IL-10, IFN γ were determined by a solid phase ELISA in blood serum using sets of reagents "Cytokine" company at the primary detection of the antibodies to the HIV in IFA. Clinical and lab monitoring was carried out every 3-6 months for 2 yrs. Results: at the moment of diagnosis STD pre-

vailed-25%, 20%-alcoholism, 10% pyogenic inflammatory diseases (thrombophlebitis, abscess, pyoderma) and 45% with no clinical manifestations. Within 2 yrs of follow-up, STD prevailed(25%), accession of mycosis(20%), besides PID diseases, anemia, thrombocytopenia, developed Kaposi's sarcoma, HIV-encephalopathy and within 2 yrs not even a single pt was left without any clinical manifestations. Two pts started receiving HAART. After 6 months in all examined pts was observed and in comparison with healthy indicators significantly low CD4+(p<0,01) and high CD8+(p<0,01) with preservation of this tendency within 2 yrs. Changes in profile of cytokines reflected switching of the immune respond to Th2-type: increase of IFN γ (p<0,01) was observed irrespective of CD4+; expression IL-10(p<0,01) was defined with the level of CD4+<350/ μ L; increased synthesis of IL-1 β (p<0,01) with normal CD4+and decrease in the level <500/ μ L(p<0,001) in compared to healthy people. Thus, the parenteral route of transmission at an early stage of HIV infection in the background of marked suppression of cellular immunity and increased VL in the clinical picture was dominated by PID and fungal diseases at higher rates of IFN γ and IL-1 β , which decreased with the progression with an increase in levels of IL-10.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОРРЕЛИОЗА В КАЗАНИ

Балтаева Д.А., Адылова А.Н.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., асс. Муртазина Г.Х.

Целью нашего исследования явилось изучение клинико-эпидемиологических и иммунологических особенностей боррелиоза. Были проанализированы истории болезни больных с боррелиозом, госпитализированных в Республиканскую инфекционную клиническую больницу г. Казани в 2012 году (24 человека).

Диагноз: Клещевой боррелиоз, ранний период, локализованная эритемная форма, средняя степень тяжести был выставлен всем больным (100%). Все заболевшие – жители г. Казани в возрасте от 41 до 66 лет – 44,4%; 51-61 год – 38,9%), среди них преобладали женщины 87,4%; работающие – 53,8%, пенсионеры – 46,2%.

89,2% пациентов отмечали факт присасывания клеща в апреле – сентябре 2012 года, подобная сезонность обусловлена периодом активности клещей. 10,8% - отрицали укусы клеща, но не однократно находились «на природе» в этот же временной промежуток. В основном (75%) посещали леса на территории РТ.

Инкубационный период составлял от 3 до 23 дней (med=11,4), но у 3 пациентов удлиннялся до 45-57 дней. Клиническая картина характеризовалась относительно удовлетворительным самочувствием, проявлениями слабовыраженного синдрома интоксикации (слабость, вялость, головная боль, утомляемость) у 56,4% больных, поражением кожи в виде мигрирующей эритемы в 100% случаев. У 12 больных температура тела оставалась нормальной, у 7 – субфебрильной, у 4 – в пределах 38-39 $^{\circ}$ C и лишь у 1 больного регистрировалась высокая температура (39,5 $^{\circ}$ C) в течение 2 дней. В месте присасывания клеща больные отмечали зуд, жжение, боль (55,6%), наблюдался первичный аффект (66,7%), эритема, которая начиналась с небольшого пятна затем центробежно «мигрируя» увеличивалась. В ряде случаев (24%) появление эритемы не сопровождалось субъективными ощущениями. Местный процесс чаще всего локализовался на нижних конечностях (44,4%), в области грудной клетки – у 38,9%, у 2-х (11,1%) – множественные очаги поражения (2-3). У двух пациентов отмечался регионарный лимфаденит. Клинических признаков поражения нервной, суставной, сердечно-сосудистой систем не было. ЭКГ была снята 14 больным, из них у 11 (78,5%) зарегистрирована брадикардия. Десятерым проведено УЗИ органов брюшной полости и у каждого выявлено увеличение печени.

Специфическими методами были обследованы все (100%), но клинико-эпидемиологический анамнез подтвержден серологическим методом.

МОЛЕКУЛЯРНАЯ ИДЕНТИФИКАЦИЯ БАКТЕРИЙ РОДА HELICOBACTER В ЖЕЛЧИ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ

Ширшикова Т.В., Белоусова Е.Н.
Казанский государственный медицинский университет
Казанский (Приволжский) федеральный университет
Руководитель – к.м.н., доц. Фазульязнова А.И.

Цель: обнаружение видов бактерий рода Helicobacter в желчи больных с различной патологией гепатобилиарной системы.

Материал и методы. Материалом для исследования служили образцы желчи (порции В и С), взятые при дуоденальном зондировании 21 пациента с хроническим вирусным гепатитом С (n=7), хроническим некалькулезным холециститом (n=13) и хроническим гепатитом невыясненной этиологии, ассоциированным с хроническим панкреатитом (n=1).

Детекцию хеликобактеров проводили с помощью ПЦР, используя родоспецифические праймеры. Положительные образцы подвергали амплификации с использованием специфических праймеров для детекции видов H. pylori, H. bilis, H. pullorum, H. rappini.

Результаты. ДНК бактерий рода Helicobacter была обнаружена в 8 случаях (38%). Положительные в отношении бактерий рода Helicobacter образцы ДНК были последовательно протестированы с помощью видоспецифических праймеров. В 4 случаях образцы были позитивными в отношении гена 23S rPHK H.pylori и в 5 - в отношении гена ureB H.rappini. Бактериальная микст-инфекция H.pylori +H.rappini обнаружена у 2 больных. Все образцы в отношении генов cdtB H.pullorum и cdtB H.bilis были негативными.

Выводы. Полученные данные указывают на наличие колонизации билиарного тракта бактериями рода Helicobacter у больных с внежелудочными поражениями, что может свидетельствовать об их возможном участии в патогенезе этих заболеваний.

ФЕНОМЕН ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ АРВТ У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ – ИНФЕКЦИЕЙ.

Олейник А. Ф.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Фазылов В. Х.

Цель исследования - клинико-патогенетическое обоснование иммунологического «неответа»(ИН) на антиретровирусной терапии (АРВТ) у пациентов с ВИЧ-инфекцией. Под наблюдением находилось 57 пациентов с ВИЧ-инфекцией в возрасте 35,2 \pm 7,1 лет (74%-мужчины, 26%-женщины). В 74% путь заражения – парентеральный в результате внутривенного употребления психоактивных веществ (ПАВ); 85% потребителей находились в ремиссии по потреблению ПАВ. 26% злоупотребляли алко-

голем, не работали 63%. Средний стаж инфицирования на момент начала АРВТ $7 \pm 0,1$ лет. 78% пациентов начали АРВТ на стадии вторичных заболеваний: выявлен кандидоз в 52%, туберкулез в 38%, волосистая лейкоплакия языка в 38% случаев. Среди сопутствующих заболеваний 79% составлял ХВГС. 63% пациентов во время АРВТ получали сопутствующую терапию: ППТ(47%), бисептол(47%), антимикотики(17,6%), ГКС(12%). Схема АРВТ при констатировании ИН в 89% случаев имела в составе AZT+3ТС, в качестве 3-го компонента в 51,7% случаев использовались ННИОТ, в 44,5% - ИП. Общий стаж АРВТ на момент исследования - 1-3 года (52%), 3-5 лет (26%). До начала АРВТ 63% больных имели высокую вирусную нагрузку РНК ВИЧ, а уровень CD4+ в 85% случаев был <200/мкл. В зависимости от ответа на АРВТ пациенты были разделены на 2 группы: 1-я - 27(47,4%) человек с ИН, 2-я - 30 человек с приростом CD4+ на АРВТ. В качестве коррекции ИН в 59% использовали замену схемы АРВТ. В 50% меняли AZT на ABC или D4Т; в 50%-ННИОТ с ИП. Количественное определение РНК ВИЧ в плазме крови выполнялось методом ПЦР; численность CD4+ лимфоцитов определялась методом проточной цитофлюориметрии с использованием моноклональных антител. Результаты исследования показали, что в 1-й группе пациентов в течение 1-го года лечения у 66,6% прирост CD4+ составил <100/мкл; в течение последующих лет АРВТ прирост <50кл/год – у 52% человек; снижение числа CD4+ ниже уровня, отмеченного вначале АРВТ – у 37% человек. При коррекции ИН после замены AZT наблюдали прирост числа CD4+ в 87,5% случаев, а замена ННИОТ с ИП была неэффективна. Т.о. выявление феномена иммунологического «неответа» требует тщательного клинико-иммунологического обследования пациентов на ранних сроках АРВТ; в качестве коррекции ИН в ряде случаев эффективна замена схемы АРВТ (переход с AZT на ABC или D4Т).

ИСТОРИЯ ОТЕЧЕСТВА

ТАТАРСКАЯ ШКОЛА В УСЛОВИЯХ ПЕРВОЙ РУССКОЙ РЕВОЛЮЦИИ: ПОЛИТИКО-ПРАВОВОЙ АСПЕКТ

Саматова Ч.Х.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.и.н., ст.преп. Саматова Ч.Х.**

Исторически сложилось так, что Российская империя формировалась как многонациональная и поликонфессиональная держава, в народонаселении которой присутствовал значительный мусульманский компонент. Во внутренних губерниях России существенную долю мусульман формировали татары. Рост национального самосознания татар в период революции 1905-1907 гг. актуализировал для власти необходимость решения «мусульманского вопроса», важнейшим компонентом которого являлась сфера школьного образования.

В июне 1905 г. при Министерстве внутренних дел было учреждено Особое вневедомственное совещание по делам веры. Предложения члена Государственного Совета В.П. Череванского о необходимости сделать некоторые уступки национальной школе татар не были рассмотрены участниками Совещания.

Проблемы школьного образования татар обсуждались на Особом совещании по вопросам образования восточных инородцев при Министерстве народного просвещения в 1905 г. К работе Совещания были привлечены специалисты, имевшие опыт практической деятельности в сфере школьного образования нерусских народов, а также известные востоковеды.

В 1906 г. центральное учебное ведомство, основываясь на рекомендациях этого Совещания, составило «Правила о начальных училищах для инородцев, живущих в восточной и юго-восточной России», которые отменяли действие «Правил о мерах к образованию населяющих Россию инородцев» от 26 марта 1870 г. Новые «Правила» вводили двойную транскрипцию учебной литературы, моноэтничный состав учащихся русско-национальных школ, ужесточали условия существования мектебе и медресе. Это вызвало протест со стороны мусульманского населения Поволжья и Приуралья, что, в свою очередь, стало основанием для пересмотра «Правил» 1906 г.

1 ноября 1907 г. министр народного просвещения утвердил «Правила о начальных училищах для инородцев». В них отсутствовали «взрывоопасные» для татарского населения пункты, а учреждение двухклассных училищ было направлено на расширение светского образования.

В заключении следует отметить, что правовые основы школьного образования татар-мусульман в рассматриваемый период, в целом, не поколебали основ русификаторской политики царизма.

ОБУЧЕНИЕ ШКОЛЬНИКОВ В ДВАДЦАТЫЕ ГОДЫ XX В. В ТАТАРСТАНЕ

Егорова А. В.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.и.н., ст.преп. Фасхутдинова Е. Н.**

Социально-экономическую ситуацию в первые послереволюционные годы в Казанской губернии определяли события гражданской войны. Школы были заняты под казармы и госпитали, вследствие нехватки топлива там уничтожались последние книги и мебель. В действующих школах температура в классах зимой не поднималась выше 2°C, школьники учились в три смены при свете лучины.

В школах Казанской губернии для учеников организовали разнообразные кружки - литературные, математические, музыкально-вокальные, кружок по изучению хозяйства России и другие. Но с течением времени все чаще в школах возникали «Ленинские уголки», кружки по изучению ленинизма, кружки, занимавшиеся шефством над деревней и другие. Проблема с обеспечением всех учащихся учебными пособиями еще долго оставалась злободневной.

Среди школьников был весьма значителен процент трудно воспитуемых и «педагогически отсталых» детей. Чтобы помочь родителям, школьники часто состояли на службе в разных учреждениях, поэтому приходили в школу утомленные и голодные, не могли сосредоточить внимание на учебе. А в школе иногда не было даже воды для детей (не говоря уж о горячих завтраках и хлебе). Конечно, работа с таким составом детей требовала от педагога высокой квалификации, которая была далеко не у всех. Поэтому документы того времени пестрят сообщениями о плохой дисциплине в школах.

Условно мы выделяем 1918 – 1923гг. как первый период в обучении учащихся. Этому мешали холод, отсутствие освещения, голод и неустроенность, учителя отвлекались на бытовые проблемы, и совсем не способствовали улучшению качества образования.

В 1924 -1929 гг. наступает второй период изменения условий обучения школьников. Улучшение происходило очень медленно. Во многих школах появляется электрическое освещение, закупаются учебные пособия, письменные принадлежности. И в третий период с конца 1929 года наступило улучшение условий обучения для учащихся. В ТАССР происходило строительство школ, улучшилось освещение, налаживалось отопление школ.

Однако, весь изучаемый период – 1918 – начало 1930-х гг. характеризовался тем, что условия работы учителей и обучение школьников Казанской губернии / ТАССР были весьма трудными.

КАЗАНСКИЙ ОБВОД И СТУДЕНТЫ КАЗАНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА

Букушкина В.А.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.и.н., ст.преп. Фасхутдинова Е. Н.**

22 июня 1941 года фашистская Германия напала на Советский Союз и началась Великая Отечественная война. В начале войны советская армия отступала.

Все эти события заставили советское правительство превращать в жизнь план частичной эвакуации столицы. Основным центром эвакуации стала Казань из-за её удобного расположения.

Осенью, с боязнью, что падет Москва, в ставке главнокомандующего СССР началась секретная разработка плана строительства защитно-укрепительных сооружений. По схеме, утвержденной ГКО, трасса рубежа проходила по пути: Казань – Куйбышев - Саратов - Сталинград... В Татарстане сооружения строили от деревни Покровское, к через станции Урмары, Кайбицы и Апастово. Там в лесах и планировалось построить большую часть этих сооружений. Историки называют эту оборонительную линию Казанским обводом.

Перед собой я поставила следующую цель: рассказать о причинах появления, строительства Казанского обвода и показать, какую роль сыграл народ в строительстве защитных сооружений вокруг Казани, в том числе студентов Казанского Государственного Медицинского института.

В данной работе я использовала данные Национального архива Республики Татарстан, архив музея КГМУ и интернет-ресурсы. К сожалению, эта тема мало разработана и ощущается нехватка материала.

В основном эти оборонительные сооружения строили женщины и студенты. Известно, что на строительство Казанского обвода часто направлялись студенты КГМИ. Строительство этого укрепления велось зимой, студенты были плохо одеты, не отличались ни силой, ни выносливостью, ни умением вести тяжелые строительные работы. Они очень переживали из-за возможного отставания в учебе, в получении навыков медицинской работы, поэтому предпочитали не ехать строить Казанский обвод, а ежедневно работать в военном госпитале. С тем, что все очень страдали от холода и голода, студенты- медики готовы были смириться, но они все-таки считали, что большую пользу своей Родине принесут, если будут лечить раненых. Студенты КГМИ, как и все население нашей страны, участвовали и в своей подготовке как медиков для фронта и госпиталей и в строительстве оборонительного рубежа.

ОТЕЧЕСТВЕННАЯ ВОЙНА 1812 Г И ВРАЧЕБНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ КАЗАНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Соколова Л.В.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.и.н., ст.преп. Фасхутдинова Е. Н.**

Днем рождения Казанского государственного медицинского университета (КГМУ) считается 14 мая 1814 г. Во время войны 1812 года квалифицированные врачи-специалисты были очень востребованы. Таким образом, работа медицинского факультета Казанского университета ускоряла победу.

В качестве методов исследования использовались архивные данные музея КГМУ.

В них говорится, что становление первого провинциального российского медицинского вуза происходило крайне трудно из-за отсутствия средств, кадров, неподготовленности общества. 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. 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.

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.

Русских врачей с самого начала готовили к тому, чтобы не только разбираться в вопросах, связанных с полевыми ранениями, но и в целом поддерживать здоровье солдат. Такие знания стали абсолютно необходимыми в условиях ведения войны на значительных территориях, когда "гибкий" специалист мог спасти большее количество жизней, а наличие в армии большого числа таких врачей значительно увеличивало ее выживаемость и боеспособность.

Несмотря на повышенные нагрузки, врачи самоотверженно справлялись с возложенными на них задачами, их старания поставили на ноги многих героев войны 1812 года.

БЛАГОТВОРИТЕЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ДИНАСТИИ ЮНУСОВЫХ

Сираев А. Г., Баязитов Р. Р.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.и.н., ст.преп. Саматова Ч.Х.**

Современное российское общество, несмотря на многие достижения социальной сферы, продолжает остро нуждаться в расширении благотворительной деятельности. В этой связи особый интерес представляет изучение филантропических традиций дореволюционной России, когда происходило становление и развитие основ благотворительности.

Среди казанских меценатов следует особо выделить представителей семьи Юнусовых, которые на протяжении столетий занимали ведущие позиции в торговле и промышленности Казанской губернии.

Основателем династии был Мухамедрахим Юнусов. Активная общественная и благотворительная деятельность позволила ему в 1793 г. получить должность городского головы Татарской ратуши.

На средства его внуков Ибрагима и Исхака Юнусовых в 1844 г. был открыт Мусульманский детский приют, названный в честь благотворителей «Юнусовским». Директорами приюта также были представители рода Юнусовых. Организация данного учреждения имела особое значение также в силу того, что государство не брало на себя заботу о нерусском населении империи.

Первоначально в приют принимали детей мусульман обоего пола, но с 1852 г. - только мальчиков. При приюте была открыта начальная школа с обязательным обучением русскому языку. Специально для школы Юнусовыми на собственные средства была построена мечеть, которая в дальнейшем получила статус приходской.

Продолжением заботы о религиозной сфере стало строительство братьями Юнусовыми в 1849 г. здания Сенной мечети. Также они являлись попечителями соборной мечети Марджани.

ЛАШМАНСКАЯ ПОВИННОСТЬ ТАТАР: СОЦИАЛЬНО-ПРАВОВОЙ АСПЕКТ

Шайдуллина А. Х.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.и.н., ст.преп. Саматова Ч.Х.

XVIII век являлся ключевым периодом в истории России. В это время формировалась промышленность страны, Россия решала один из ключевых вопросов своей внешней политики - выход к Балтийскому морю. Поэтому с особой остротой встал вопрос о строительстве отечественного флота в кратчайшие сроки и с наименьшими потерями. Был выбран путь традиционный для того периода - все тяготы легли на низшие слои общества. В связи с этим особый интерес представляет изучение некоторых аспектов лашманской повинности.

История лашман ведет начало от указа Петра I от 31 января 1718 г. о привлечении служилых мурз, татар, чувашей и мордвы к заготовке корабельного леса. Руководство лашманами в 1718 г. было возложено на Казанское адмиралтейство. После выхода сенатского указа 1748 г. об освобождении от лашманской повинности иноверцев, принявших православную веру, эта тяжелейшая повинность осталась, главным образом, на татарах.

Возрастной состав работавших на лесозаготовках был установлен в пределах от 15 до 60 лет. Календарный год делился на два рабочих сезона: летний и зимний. В среднем в XVIII в. наряд на работы выпадал раз в 4-8 лет, а общее число занятых на заготовке и вывозке леса в конце столетия составляло от 2 до 4 тысяч человек ежегодно. Условия работы были очень тяжелыми. Многие получали травмы, погибали от болезней и несчастных случаев. Следствием этого становились многочисленные недовольства лашман. В результате власти были вынуждены пойти на временные уступки: в отдельные годы лашманы освобождались от рекрутской повинности.

К середине XIX в связи с переориентацией российского судостроения на строительство железных кораблей, необходимость в лашманах отпала. В 1860 г. лашманы были переведены в разряд государственных крестьян.

ВЕРНИКА ТУШНОВА: ВРАЧ И ПОЭТ

Зинин А.А.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.и.н., ст.преп. Саматова Ч.Х.

Вероника Тушнова (1911-1965) уроженка города Казани. В 1928-1931 гг. она обучалась на медицинском факультете Казанского университета, а в дальнейшем в аспирантуре при кафедре гистологии Всесоюзного Института Экспериментальной Медицины.

После переезда в Москву В. Тушнова серьезно увлеклась поэзией. В 1941 г. поступила в Литературный институт им. А.М. Горького.

С началом Великой Отечественной войны В. Тушнова эвакуировалась в Казань. Здесь она работала врачом нейрохирургического госпиталя для раненных бойцов Красной Армии. После возвращения в 1943 г. в Москву, она продолжила свою врачебную деятельность в качестве врача-ординатора в госпитале.

В 1944 г. увидело свет ее первое стихотворение «Хирург», который был посвящен коллеге хирургу Н. Л. Чистякову. В том же году был опубликован цикл произведений «Стихи о дочери». Год спустя выходит первый сборник стихов поэтессы «Первая книга». Второй сборник «Пути дороги» вышел в 1954 г., третий «Память сердца» - в 1958 г. и последний «Сто часов счастья» - в 1965 г. Также В. Тушнова занималась переводческой деятельностью, в том числе переводила с татарского языка произведения Габдуллы Тукая.

Все творчество В. Тушновой пронизано глубоким чувством любви, призыву к ней и, во многом, биографично, и является отражением ее личных переживаний.

ТАТАРСКИЙ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СОВЕТ СОЮЗА ВОИНСТВУЮЩИХ БЕЗБОЖНИКОВ (1920 - е ГОДЫ)

Коновалова В.Н.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.и.н., ст.преп. Фасхутдинова Е. Н.

В наше время, люди потянулись к религии, увеличивается количество храмов, особенно интересен тот факт, что в нашей истории так было не всегда. Пришедшие в 1917 г. к власти в России большевики повели борьбу за антирелигиозное воспитание школьников. Но все население России было верующим, верующими были и родители школьников, и их учителя. Это приводило к тому, что антирелигиозное воспитание население цели своей не достигало. Более того, татарское население восприняло борьбу большевиков с религией как борьбу с татарской национальной культурой. Родители школьников потребовали изучения основ ислама в школе.

Опасаясь того, что религиозное воспитание школьников приведет к тому, что население перестанет поддерживать большевиков, было решено вести борьбу с религией жестче. В 1926 году в Татарской республике создали антирелигиозную комиссию в составе 19 человек, которую и назвали «Союз безбожников». Безбожники проводили пропагандистскую и агитационную антирелигиозную работу путем организации кружков по подготовке кадров активистов-антирелигиозников, следили за включением в учебные планы всех учебных заведений от школ до вузов элементов антирелигиозной программы, распространяли антирелигиозную литературу, в рабочих клубах и избах-читальнях проводили безбожные беседы, вечера, лекции, устраивали диспуты с духовенством, усиливали агитацию во время религиозных праздников и др.

Татарская Автономная республика была многонациональной многоконфессиональной. Все это сделало работу безбожников Татарстана довольно кропотливой. Двадцатые годы были трудны для безбожников потому, что сама активная борьба против религии еще не началась, и ее необходимо было начать; во-вторых, советская власть была пока что молодой; в-третьих, религия занимала не последнее место в жизни тогдашнего человека, особенно на селе, где связь с прошлым была сильнее, а новые достижения цивилизации, естественно, проникали постепенно, а значит и изменения в жизни, и мировоззрения протекали не быстро.

Антирелигиозную работу осложняло и то, что некоторые учителя советских школ были верующими, детьми мулл или священников.

ПЕРЕСТРОЙКА ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИИ В 1918 ГОДУ

Нургельдиева Т.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.и.н., ст.преп. Фасхутдинова Е. Н.

Одержав победу в 1917 году, большевики приступили к осуществлению своих планов по строительству новой жизни. Но это строительство требовало коренной перестройки всей общественной жизни, в том числе и такой важной отрасли этой жизни, как народное образование. Мало того, это образование должно быть таким, чтобы молодые люди очень отличались от тех людей, которые жили до революции, в том числе от своих родителей и учителей, которые формировали их мировоззрение в соответствии со своим пониманием того, что является правильным, а что нет. Именно поэтому большевики так старались как можно быстрее вывести школу из-под влияния церкви. Религия всегда, и в то время тоже, занимала не последнее место в жизни тогдашнего человека.

Уже 15 декабря 1917 года, все учебные заведения, находившиеся в ведении церкви (как-то: церковно-приходские и миссионерские школы, церковно-учительские школы, епархиальные училища, духовные училища и семинарии, духовные академии) были переданы в ведение Наркомпроса и преобразованы в общеобразовательные учебные заведения.

21 января 1918 года был издан подписанный В.И. Лениным декрет об отделении церкви от государства и школы от церкви. Декрет запрещал преподавание в школах религии и выполнение в школьных помещениях религиозных обрядов. Этим декретом пытались устранить влияние церкви на молодое поколение и сделать школу светской. Учительство отнеслось к этому не столь единодушно. Так, на съезде учащихся г. Чистополя большинство учителей считало, что декрет об отделении школы от церкви очень ожидаемый, но его невозможно провести в жизнь на местах. Этот съезд принял резолюцию: «Чистопольское учительство протестует против совершенного изгнания закона божия и религиозных обрядов из стен школы в том случае, если родители пожелают учить своих детей закону божию на свои средства». Конечно, религию из школы все равно убрали, не смотря на то, что против были и учителя и многие родители учеников.

ГАБРИЭЛЬ ШЕРШЕНЕВИЧ – ПЕДАГОГ, ЦИВИЛИСТ И «ПЕРВОДУМЕЦ»

Шигабутдинов Р.Р.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.и.н., ст.преп. Шигабутдинов Р.Р.

Габриэль Феликсович Шершеневич (1863-1912) - юрист, цивилист, член ЦК партии кадетов, «перводумец, профессор Казанского и Московского университетов.

В 1885 г. окончил юридический факультет Казанского университета. В 1888 г. состоялась защита на юридическом факультете Московского университета магистерской диссертации на тему «Система торговых действий». В 1891 г. защитил диссертацию на степень доктора гражданского права на тему «Авторское право на литературные произведения».

В 1892 г. он был назначен на должность экстраординарного профессора, а в 1895 г. утвержден ординарным профессором по кафедре торгового права и торгового судопроизводства. Он избирался в различные университетские комиссии. В 1905 г. выдвигался на должность ректора университета, получил более 5 голосов, прошёл во второй тур, но ректором был избран профессор Н.М. Любимов. Г.Ф. Шершеневич был членом, председателем (1899-1902) Казанского Юридического Общества.

По своим научным взглядам он был догматиком права, с широким захватом исторических, социологических и философских элементов. Цивилистические работы оказали существенное влияние на судебную практику России.

С 1906 г. по 1911 г. он был профессором юридического факультета Московского университета. Являлся профессором кафедры гражданского и торгового права Московского коммерческого института, где он был первым деканом экономического отделения. В 1911 г. вместе с другими либерально настроенными профессорами Г.Ф. Шершеневич покинул Московский университет в знак протеста против действий министра народного просвещения Л.А. Кассо. Последующие годы занимался научной работой и преподаванием в Московском коммерческом институте и Московском народном городском университете им. А.Л. Шанявского. Он был членом правления, товарищем председателя и председателем юридического отдела Московского общества народных университетов.

Г. Шершеневич принимал активное участие в общественной жизни, был гласным Казанской городской думы. Избирался в I Государственную Думу от г. Казани (от кадетской партии). В 1906 г. он избран в ЦК партии кадетов. Подписал «Выборгское воззвание». В связи с этим некоторое время сидел в Таганской тюрьме. После выхода из тюрьмы продолжил преподавать.

УЧАСТИЕ СОТРУДНИКОВ И СТУДЕНТОВ КГМИ В РАБОТЕ ЭВАКОГОСПИТАЛЕЙ КАЗАНИ

Папазян Д. Г.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.и.н., ст.преп. Фасхутдинова Е. Н.

Во время Великой Отечественной войны 1941-1945 годов неоценимый вклад в работу эвакогоспиталей Казани внесли сотрудники и студенты КГМИ. Для размещения эвакогоспиталей были отданы некоторые здания института, например Старая клиника и Глазная клиника.

В госпиталях работали профессора А. Ф. Агафонов, В. Е. Адамюк, А. В. Вишневецкий, И. В. Домрачев, Р. А. Лурия, Л. И. Шулуто и многие другие сотрудники КГМИ, являвшиеся ведущими специалистами республики.

Сотрудниками проводилась интенсивная научно-исследовательская работа. Так, например, профессор Л. И. Шулуто, Б. Л. Мазур и врач Л. А. Тарасова предложили для лечения ран поливалентный бактериофаг. Профессор Н. В. Соколов и доцент П. В. Гулевич разработали метод лечения ожогов риваленовой повязкой. Профессор А. И. Лаббок и ассистент Я. М. Кривицкий предложили новую технику наложения шва на переднюю стенку кишечника при ранениях брюшной полости. Сотрудниками КГМИ был разработан новый комплексный метод лечения раненых с применением физиотерапевтических процедур, гимнастики, трудотерапии и т. п. Использование этого комплексного метода расширилось из года в год: если в 1941 году физиотерапевтическими процедурами было охвачено 40% раненых, то во втором полугодии 1944 – до 70%. Уже к концу 1941 года сотрудниками КГМИ была выполнена разработка 19 научных тем, большая часть которых была ориентирована на лечение раненных.

Студенты КГМИ в свободное от занятий время также работали в госпиталях, помогая среднему и младшему медицинскому персоналу, значительно облегчая их работу.

КАНЦЕРОГЕННАЯ ОПАСНОСТЬ: РЕАЛИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

КАНЦЕРОГЕННЫЕ РИСКИ ПРЕДПРИЯТИЙ МАШИНОСТРОИТЕЛЬНОЙ ОТРАСЛИ

Зыяртинова Д.В.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Ситдикова И.Д.

Для изучения канцерогенной опасности предприятий машиностроительной отрасли был освоен метод высокоэффективной жидкостной хроматографии на базе экологической лаборатории КГМУ. Проведен анализ концентраций бенз(а)пирена в воздухе рабочих зон.

Получены следующие результаты: концентрация бенз(а)пирена у станка с ЧПУ, в воздухе рабочей зоны составила 0,001133 мг/м³, что выше ПДК в 7,5 раза, участок окончечников, у разделочного станка, концентрация бенз(а)пирена в воздухе рабочей зоны составила 0,0015 мг/м³, что выше ПДК в 10 раз), участок окунания сотовых блоков, концентрация бенз(а)пирена в воздухе рабочей зоны составила 0,000817 мг/м³, что выше ПДК в 4,45 раза, участок станков с ЧПУ, около станка ФП-37 НЦ, концентрация бенз(а)пирена в воздухе рабочей зоны составила 0,004083 мг/м³, что выше ПДК в 27,2 раза, участок станков с ЧПУ, фрезерный станок, концентрация бенз(а)пирена в воздухе рабочей зоны составила 0,002463 мг/м³, что выше ПДК в 16,42 раза. Средняя концентрация бенз(а)пирена составила 0,0019 мг/м³, что превышает ПДК более чем в 13 раз.

ЭКОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНДУЦИРОВАННОГО МУТАГЕНЕЗА

Ситдинов А.Р., Ерофеева Е.Н.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Ситдикова И.Д.

В настоящее время можно считать доказанным, что практически все канцерогены обладают мутагенным действием, хотя мутагены не всегда вызывают опухоли. Поэтому объединение генетиков и онкологов весьма целесообразно с целью обнаружения канцерогенов и мутагенов окружающей среды. Столь же оправдан контакт между ними при исследовании факторов антимуtagenеза и антиканцерогенеза, которые нередко совпадают.

Существуют 3 группы методов генетического мониторинга: учет «сторожевых фенотипов»; биохимический мониторинг, который предполагает слежение за частотой вновь возникающих мутаций по результатам изучения полиморфизма белков крови человека; цитогенетический мониторинг, оценивающий частоту хромосомных болезней при разных исходах беременности.

Установлено, что не менее 50% спонтанных абортс вызываются вновь возникшими мутациями, не менее 25% врожденных пороков развития ВПР также являются следствием новых мутаций типов и, по меньшей мере, 15% перинатальной смертности обусловлены мутационным процессом. Достоверное воздействие в формировании данного распределения оказывает сфера профессиональной деятельности, особенно, в условиях канцерогеноопасных производств.

БЕНЗ(А)ПИРЕН - ПРИОРИТЕТНЫЙ ЗАГРЯЗНИТЕЛЬ ПРОМЫШЛЕННЫХ ГОРODOB

Валеева Ф.Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Ситдикова И.Д.

Целью исследования является изучения вопроса источников бенз(а)пирена в условиях современного производства. Для этого применялись гигиенические, химические методы оценки.

Профессиональное действие технических продуктов, содержащих бенз(а)пирен и его метаболиты, вызывают у людей рак нескольких локализаций включая кожу, легкие, мочевой пузырь. Бенз(а)пирен является наиболее типичным химическим канцерогеном окружающей среды: в атмосферном воздухе населенных мест и их окрестностях, в воздухе производственных

помещений, в почве, в воде открытых водоемов. Одним из распространенных источников бенз(а)пирена является процесс горения практически всех горючих материалов, он присутствует в дымовых газах, копоти, саже. Максимальный выход бенз(а)пирена наблюдается при температуре пиролиза около 80° С, минеральные масла и другие технические продукты на их основе также содержат бенз(а)пирен.

За указанный период времени исследования проводились на предприятиях машиностроительной отрасли. Общий объем проведенных исследований, проводимых экологической лабораторией КГМУ составил 700 проб воздуха, из них 550 проб воздуха рабочей зоны.

ПРОИЗВОДСТВЕННО-ОБУСЛОВЛЕННАЯ ПАТОЛОГИЯ В УСЛОВИЯХ НЕФТЕГАЗОДОБЫЧИ

Петров С.И.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - д.м.н., проф. Ситдикова И.Д.

Целью данной работы явилось изучение заболеваемости работников, осуществляющих профессиональную деятельность в нефтегазодобывающей отрасли промышленности.

В газовой промышленности в структуре профессиональной заболеваемости преобладают вибрационная болезнь и заболевания опорно-двигательного аппарата, которые составляют более 90% всех случаев. В нефтеперерабатывающей и нефтехимической промышленности 34,4% занимают хронические интоксикации углеводородами, хронические бронхиты и бронхиальная астма – 17,2%; болезни опорно-двигательного аппарата – 12,2% и вибрационная болезнь 11,2%. Около 5% приходится на долю профессиональных дерматозов и около 3% в структуре занимают болезни ЛОР-органов. Предположительно, к основным профессиональным вредностям в работе операторов КГС, влекущих за собой при определенной длительности профессионального маршрута увеличение частоты заболеваний с временной утратой трудоспособности, так и возникновение профессиональных заболеваний, являются повышенные уровни: шума, общей и местной вибрации; инфра- и ультразвука; неблагоприятных климатических и микроклиматических условий на рабочих местах; нерационального режима труда и отдыха.

ЭКОЛОГО-ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ РИСК КАК ИНДИКАТИВНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ

Ситдигов А.Р., Юмашева Л.Ф.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - д.м.н., проф. Ситдикова И.Д.

В данном исследовании использованы гигиенические методы и методы изучения онкологической заболеваемости, статистические.

Принято выделять 4 вида загрязнений: химическое, биологическое, радиоактивное и тепловое. Однако ни один фактор не имеет доминирующего значения. Наши данные, полученные при изучении влияния на заболеваемость внешних воздействий, в частности загрязненности почвы солями тяжелых металлов, с применением корреляционного анализа – позволили выявить силу влияния этих факторов.

Сопоставление содержания металлов в почве в районах с высокой заболеваемостью раком ободочной кишки с данными, выявленными в районах, где заболеваемость раком ободочной кишки не превышала средний показатель по районам, позволила выявить тенденцию к увеличению содержания меди, никеля, хрома, цинка в почве в районах с высокой заболеваемостью раком ободочной кишки. Расчитанный экологический риск представляет собой индикативный показатель эколого-онкологической ситуации.

Проведенные исследования будут способствовать разработке организационных мероприятий по первичной профилактике злокачественных новообразований ободочной кишки в экологически неблагоприятных районах.

ТЕХНОЛОГИЯ ПРОИЗВОДСТВА МЕДИ И НИКЕЛЯ С ПОЗИЦИИ КАНЦЕРОГЕННОЙ ОПАСНОСТИ

Васильева Т.В.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - д.м.н., проф. Ситдикова И.Д.

Целью данного исследования явилось изучение гигиенических вопросов условий профессиональной деятельности в производствах, специализирующихся в получении меди и никеля. Используются методы оценки условий труда, изучения заболеваемости работников.

Аэрозоли никеля, мышьяка, кадмия, полициклические ароматические углеводороды – вот далеко не полный перечень производственных канцерогенов определяющих повышенную канцерогенную опасность большинства этапов технологического процесса получения меди и никеля.

В производстве меди наиболее высокие концентрации мышьяка, превышающие ПДК до 10 раз, обнаруживаются на всех этапах технологического процесса вплоть до электролиза меди; здесь же рабочие подвергаются воздействию растворимых солей никеля.

Производственные канцерогены играют существенную роль в генезисе злокачественных новообразований (ЗН) у рабочих, занятых в производстве меди и никеля, наиболее выраженную на фоне сниженной иммунологической резистентности организма.

Заслуживает внимание то, что более высокие уровни онкологической смертности выявлены на предприятиях, где отмечается совместное присутствие в воздухе мышьяк- и никельсодержащих аэрозолей со смолистыми возгонами, что свидетельствует о синергизме их действия. Среди гистологических форм рака легких преобладают плоскоклеточный рак различной степени дифференцировки, мелкоклеточный и аденокарциома. В структуре онкологической смертности у рабочих доминирующими локализациями опухолей являются органы дыхания и пищеварения.

КАНЦЕРОГЕННАЯ ОПАСНОСТЬ ВОЗДЕЙСТВИЯ ИСКУССТВЕННЫХ МИНЕРАЛЬНЫХ ВОЛОКОН

Шиляева О.В.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Ситдикова И.Д.**

С целью изучения канцерогенной опасности от воздействия искусственных минеральных волокон использованы метод аналитический, гигиенический, токсикологический.

Конвенция № 162 Международной организации труда по безопасности при использовании асбеста среди основных мер профилактики указывает (ст 10а): «... замену его (асбеста) альтернативными материалами там, где это возможно, безвредными или менее вредными». Рост производства и расширение ассортимента ИВМ, а также различных изделий на их основе характерны для всех промышленно развитых стран. Мировое производство ИВМ в 2010 г. достигло 7,4 млн. тонн, из которых в России производится менее 700 тыс. тонн.

В 1987 г. рабочая группа Международного агентства по изучению рака (МАИР) впервые провела оценку канцерогенного действия ИВМ. В результате керамические, изоляционные стеклянные, шлаковые и каменные волокна, а также стеклянные волокна специального назначения были включены в группу 2Б – возможные канцерогены для человека, а стеклянные нити были отнесены в группу 3 – не классифицируемые как канцерогены для человека вещества.

Таким образом, наиболее широко применяемые сегодня разновидности ИВМ были отнесены к группе «не классифицируемые как канцерогены для человека».

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОНТАКТНЫХ РАБОТ С АСБЕСТОЗОМ

Авксентьева М.В.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Ситдикова И.Д.**

Для решения клинико-эпидемиологические аспекты контактных работ с асбестозом применялись современные методы исследования – клинико-эпидемиологический, гигиенический, статистический.

Мезотелиома – редкая форма новообразований серозных оболочек плевры, брюшины, перикарда и др., заболеваемость которой в общей популяции обычно не превышает 1-1 случая на 1 млн. населения в год. До недавнего времени основным этиологическим фактором развития мезотелиом считали вдыхание асбестосодержащей пыли и, в первую очередь, асбестов амфиболовой группы. Не отвергая роль амфиболовых асбестов в развитии мезотелиом, ряд исследователей подвергает сомнению мезотелиомогенное действие хризолитового асбеста. В последнее время все больше появляется публикаций о том, что мезотелиомы могут развиваться и вследствие воздействий ряда других химических, физических, биологических и некоторых других агентов.

В странах Западной Европы, США и Австралии, традиционно ориентированных на преимущественное использование амфиболовых асбестов, отмечается устойчивый рост заболеваемости мезотелиомой.

Таким образом, в ходе первого в России систематического изучения эпидемиологии мезотелиомы в крупнейшем промышленном регионе страны, установлено, что за последние 23,5-летний период наблюдения среди 118 морфологически верифицированных случаев мезотелиом достоверная профессиональная экспозиция асбеста установлена только у 15 человек (12,7%).

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Яруллина Д.Ф.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Ситдикова И.Д.**

Целью исследования является изучение профессиональных факторов в развии злокачественных новообразований.

Использованы методы исследования: эпидемиологический, санитарно-гигиенический, физиологический, статистический.

Злокачественные новообразования являются сложней медико-социальной проблемой современного общества. Многие годы динамика онкологической заболеваемости, как в Российской Федерации, так и в Республике Татарстан сохраняет свой рост. Установлен порядок значимости возможных факторов риска заболеваемости и смертности населения от новообразований, в котором профессиональное воздействие канцерогенов составляет 4%. Экспрессия данного фактора в разных производственных, региональных, социально-экономических условиях различна, что делает совершенно необходимым проведение дальнейших углубленных исследований.

По материалам анкетирования онкологических больных (400 чел.), страдающих онкопатологией желудочно-кишечного тракта, занятых на производствах РТ нами оценены показатели относительного онкологического риска и напряженности трудового процесса.

Результаты исследований указанных авторов позволили выделить 6 категорий напряженности труда с соответствующим значением Лнт – малая (I, Лнт ≤ 0,899), допустимая (II, Лнт = 0,900-1,206), высокая (III, Лнт = 1, 207-1,514), очень высокая (IV, Лнт =1,515-1,824), изнурительная (V, Лнт = 1,825-2,130), сверхинтенсивная или экстремальная (VI, Лнт ≥ 2, 131).

ПОИСК ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ, ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЭФФЕКТОВ ВОЗДЕЙСТВИЯ ВРЕДНЫХ ФАКТОРОВ НЕФТЕХИМИЧЕСКИХ ПРОИЗВОДСТВ НА ОРГАНИЗМ РАБОТНИКОВ

Васильева Э. Ф., Ахтямова Л. А.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Ситдикова И. Д.**

Возрастающий объем производства в нефтехимической промышленности ароматических углеводородов и их производных ведет к увеличению числа рабочих и служащих, имеющих профессиональный контакт с данными соединениями. Большин-

ство из них, попадая в организм человека, не оказывает прямого биологического воздействия, а вначале подвергается различным превращениям.

Доказано, что у человека существует генетический контроль метаболизма поступающих в организм ксенобиотиков, поэтому в зависимости от особенностей генома различные индивидуумы могут сохранять устойчивость или, наоборот, обнаруживать повышенную чувствительность к повреждающим агентам. В этой связи, изучение генов, контролирующих активность ферментов детоксикации ксенобиотиков, обеспечивающей связывание и обезвреживание промежуточных метаболитов является важной задачей при исследовании механизмов биотрансформации химических веществ и выявлении предрасположенности к заболеваниям репродуктивной системы, вызванных действием производственных факторов.

Система защиты организма от ксенобиотиков состоит из трех процессов: активация (фаза1), детоксикация (фаза2) и выведение (фаза3). Исследования последних лет показали, что изменение функции системы детоксикации ксенобиотиков повышает восприимчивость организма к вредным воздействиям и, как следствие, к увеличению риска развития некоторых заболеваний.

В настоящее время установлена роль ряда полиморфных локусов, участвующих прямо или опосредованно в биотрансформации чужеродных веществ, — генов семейства цитохромов, и прежде всего цитохрома P-450 (ген CYP1A1), контролирующей фазу 1, а также гена глутатион Б-трансферазы M1 (СБТМ1), ответственного за нормальное функционирование фазы 2 и нейтрализацию поступающих в организм ксенобиотиков путем связывания с глутатионом. Выявление генетических маркеров повышенной чувствительности рабочих к производственным факторам может использоваться для профотбора в группы предрасположенности к развитию заболеваний.

БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫЕ ДОБАВКИ: ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ

Гильманова Г. Ш., Матвеев Д. В.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Ситдикова И. Д.

Производство и оборот биологически активных добавок к пище в последние годы во всех экономически развитых странах становятся одной из наиболее динамично развивающихся отраслей экономики. В России этот рынок начал формироваться примерно с 1990 года. Понимая важность и необходимость борьбы с широко распространенным среди населения дефицитом микронутриентов, Правительство РФ в 1998 году в рамках реализации государственной политики одобрило «Концепцию государственной политики в области здорового питания населения РФ». В этом документе впервые в РФ биологически активные добавки определены как средства быстрого устранения дефицита в рационе пищевых веществ и минорных компонентов пищи.

Правовые отношения в области оборота биологически активных добавок регулируются Законами РФ:

- 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»
- 29-ФЗ «О качестве и безопасности пищевых продуктов»
- 38-ФЗ «О рекламе»
- 196-ФЗ «О защите прав потребителей»
- 184-ФЗ «О техническом регулировании»

В соответствии с санитарным законодательством РФ, биологически активные добавки в России подлежат государственной регистрации, которая осуществляется Роспотребнадзором и является подтверждением соответствия качества и безопасности биологически активных добавок санитарному законодательству РФ в указанной области. Данные о государственной регистрации биологически активных добавок заносятся в Федеральный реестр БАД, который можно найти на сайте Роспотребнадзора.

Экспертиза проводится испытательным центром Института питания РАМН, а также другими органами и учреждениями, аккредитованными органами государственного санитарно-эпидемиологического нормирования РФ.

Соблюдение всех требований, предъявляемых к БАД в соответствии с современной законодательной и нормативной базой – важное условие обеспечения населения безопасными и качественными БАД, необходимыми для оптимизации питания и здоровья человека.

АНИЗОТРОПНЫЕ СФЕРОЛИТЫ КАК КРИТЕРИЙ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

Гордеева А. В., Миронова В. А.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Ситдикова И. Д.

На современном этапе развития клинической онкологии основной тенденцией является стремление к выявлению злокачественных опухолей на раннем этапе их развития, что является важным условием эффективности лечения и обеспечивает пятилетнюю выживаемость в 70-100% случаев.

Доклинический рак диктует необходимость проведения специализированных профилактических осмотров групп повышенного риска развития злокачественных опухолей той или иной локализации. Общеклиническое обследование для выявления бессимптомного начального рака внутренних органов неэффективно.

Многу были изучены патенты на изобретения, относящиеся к области медицины, в частности к онкологии, о способах ранней диагностики злокачественных новообразований.

Цель: поиск универсального и быстрого метода диагностики онкологических заболеваний, пригодного для выявления рака различных органов организма человека на начальной стадии злокачественного роста.

Выбранный мною способ (патент на изобретение РФ №:2235323) прост в исполнении и обеспечит повышение точности диагностики злокачественных новообразований. Получают сыворотку крови, высушивают ее при комнатной температуре, затем проводят микроскопию в поляризованном свете. При выявлении анизотропных сферолитов с единичными мелкими разноцветными включениями в центральной части сферолита диагностируют доклиническую стадию злокачественного роста в организме, при выявлении анизотропных сферолитов с выраженными цветными включениями диагностируют раннюю стадию злокачественного новообразования. Осуществление способа показано в патенте на конкретных клинических примерах.

Предлагаемый метод может быть осуществлен в качестве скрининга при исследовании сыворотки крови всех больных стационара и поликлиники, проходящих обязательное лабораторное обследование. Данный способ позволит активно выявлять больных с ранними стадиями злокачественного роста, тщательно их обследовать и своевременно применять успешное лечение.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

Данилова М. В., Балабанова Л. А.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Ситдикова И. Д.

Охрана репродуктивного здоровья представляет собою совокупность факторов, методов, процедур и услуг, оказывающих поддержку репродуктивному здоровью и содействующих благосостоянию семьи или отдельного человека путем профилактики и решения проблем, связанных с репродуктивной функцией. В современных условиях, характеризующихся высоким уровнем заболеваемости и общей смертности населения, снижением рождаемости и ухудшением здоровья детей, проблемы охраны репродуктивного здоровья населения приобретают особую значимость.

Целью работы является изучение и анализ патентов по проблеме нарушений репродуктивного здоровья.

Среди многих способов прогнозирования нарушений репродуктивного здоровья самым простым и доступным методом является способ, который позволяет прогнозировать отклонения в репродуктивном здоровье у женщин и мужчин (патент РФ NN 2367354). Данный способ относительно малоэнергозатратен и дешев в сравнении с лабораторно-инструментальными методами диагностики.

Изобретение относится к области медицины, а именно к гигиене и акушерству, гинекологии, и может быть использовано для прогноза отклонений в репродуктивном здоровье у женщин и мужчин. Способ обеспечивает повышение достоверности и точности донозологической диагностики нарушений репродуктивного здоровья у женщин широкого возрастного диапазона и мужчин. Определяют балльные показатели профессионально-производственных, анамнестических, медико-биологических факторов женщины и мужчины и рассчитывают диагностические показатели риска (R1-4) по специальным формулам. При этом при значении $R1 > 1 > R2,3,4$ судят о преимущественно высоком риске развития мертворожденности, при значении $R2 > 1 > R1,3,4$ - врожденных пороков развития, при значении $R3 > 1 > R1,2$, - ранней неонатальной смерти ребенка, при $R4 > 1 > R1,2,3$ - спонтанных выкидышей соответственно, при величине $R1-4 < 1$ - судят об отсутствии риска развития вышеописанных состояний.

МЕТОДЫ, ОЦЕНИВАЮЩИЕ ГЕНОТОКСИЧНОСТЬ

Егорова А. П., Балабанова Л. А., Миронова В. А.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Ситдикова И. Д.

Цель: провести сравнительный анализ методов, направленных на оценку генотоксичности.

Использованы современные методы исследования: гигиенический, аналитический, статистический.

В окружающей среде всегда находится комплекс факторов, в том числе химических веществ, обладающих потенциальной генотоксичностью.

Нет возможности изучать индуцированный мутагенез у человека. Для этого необходимо использование тест-систем на: бактериях, грибах, животных, растениях.

Поскольку ДНК как генетический материал универсальна для эукариотов и для прокариотов, и структурные перестройки хромосом универсальны для эукариотов, хорошо видно, что использование тест – систем дает данные о характере и степени поражений генетического материала, возникающих под действием химических и физических мутагенов.

Предложено около 200 организмов и культур клеток в качестве тест-объектов. Среди методов оценки генотоксичности окружающей среды можно выделить генетические и цитогенетические. С помощью генетических методов можно обнаружить большинство генных мутаций. Такие мутации происходят на молекулярном уровне. В цитогенетических тестах анализируются различные перестройки хромосом непосредственно под микроскопом.

Наибольшее распространение получили бактериальные тест-системы. Но эти тесты дорогие и требуют стерильных условий, что не всегда позволяет их использовать. К тому же они недостаточно чувствительны.

В тестах с использованием культуры клеток крови, слизистых, костного мозга, половых клеток грызунов и человека оценивают уровень хромосомных aberrаций и микроядер. Применение микроядерного теста очень удобно. Так как подсчет проводят в интерфазных клетках. Для анализа хромосомных aberrаций необходимо достаточное количество делящихся клеток. Кроме того для анализа требуется взятие крови и в связи с этим проведение исследований не всегда возможно.

С помощью растительных тест – систем также можно обнаружить ХА и проводить учет нарушений числа хромосом. Растительные тест-системы достаточно чувствительны. Еще одним преимуществом является то, что эти методы выполняются сравнительно быстро и экономичны по сравнению с генетическими методами.

ПРОБЛЕМЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ КГМУ (СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ)

Исхакова Э.З., Матвеев Д.В.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Ситдикова И. Д.

Одной из важнейших составляющих здорового образа жизни является рациональное питание. Большинство населения с пренебрежением относится к своему здоровью. Нехватка времени, некомпетентность в вопросах культуры питания, темп современной жизни - все это привело к неразборчивости в выборе продуктов.

Беспокоит рост популярности у студентов продуктов питания быстрого приготовления, содержащих в большом количестве различные ароматизаторы, красители, модифицированные компоненты. Поэтому неправильное питание становится серьезным фактором риска развития многих заболеваний. К сожалению, статистика последних лет показывает резкое увеличение среди молодых людей лиц, страдающих ожирением, заболеваниями сердечно-сосудистой системы, сахарным диабетом и т.д. Предотвратить такие заболевания можно, если вести здоровый образ жизни и, в первую очередь, правильно питаться.

В данной работе будут представлены результаты очередного этапа мониторингового исследования «Проблемы общественного питания студентов КГМУ (социологический аспект)».

Цель исследования – на очередном этапе мониторинга посредством анкетного опроса студентов университета выявить режим питания студентов во время учебного дня и оценить его правильность.

Задачи исследования – выяснить:

-оценку студентами своего материального положения и ежедневных денежных затрат на питание в столовых университета;

- полноценность и регулярность питания студентов;
- потребность студентов в диетическом питании и возможность ее удовлетворения в пунктах общепита университета;
- мнение студентов о причинах неудовлетворительного питания;
- частоту посещения студентами пунктов общественного питания в вузе, затраты времени на питание в них и их предпочтения в выборе блюд;
- степень удовлетворенности студентов работой пунктов общественного питания в вузе;
- причины неудовлетворенности студентов ассортиментом, качеством блюд, культурой обслуживания, санитарным состоянием, ценами и режимом работы пунктов питания;
- предложения студентов по улучшению работы столовых университета.

СОХРАНЕНИЕ И УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКОВ КАНЦЕРОГЕНООПАСНЫХ ПРОИЗВОДСТВ (НА ПРИМЕРЕ ОБЪЕКТОВ ОТРАСЛИ МАШИНОСТРОЕНИЯ)

**Кирилова З.Г., Ахтямова Л.А.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Ситдикова И. Д.**

Актуальность. Проблема борьбы с онкологическими заболеваниями является одной из главных медико-биологических проблем современности. Имеющиеся эпидемиологические данные, а также оценка канцерогенного риска для человека профессиональных факторов, проводимая Международной ассоциацией изучения рака, показали, что ряд веществ применяемых в промышленности, или промышленные процессы повышают риск развития злокачественных опухолей и являются канцерогенными для человека.

Создание и внедрение в практику скрининговых методов донозологической диагностики злокачественных новообразований представляется перспективным и эффективным методом профилактики.

Клинико – эпидемиологический анализ показателей злокачественных новообразований установил рост онкологической заболеваемости и смертности по Республике Татарстан и г. Казани, а также неблагоприятный прогноз на 2012 г (383,3 и 399, 4 соответственно) по данным регрессионных моделей.

В современном машиностроении санитарно - гигиенические условия труда характеризуются сочетанием многофакторного и многоуровневого воздействия факторов производственной среды. Анализ структуры и степени профессионального риска по гигиеническим критериям позволяет оценить условия труда как вредные (3.3 - 3.4).

Цель исследования: научно - методическое обоснование системы первичной профилактики злокачественных новообразований среди работников предприятий машиностроительной отрасли.

Рост заболеваемости злокачественными новообразованиями - явление повсеместное для развитых стран мира, что вызывает вполне обоснованную тревогу и ответную реакцию, основное направление которой - разработка профилактических программ, средств и методов ранней диагностики и адекватного лечения этого заболевания.

Полученные материалы по оценке уровня онкологической заболеваемости на предприятиях машиностроительной промышленности, и могут быть использованы при разработке комплекса профилактических мероприятий по снижению профессиональной онкологической заболеваемости.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ

**Порфирьева О. В., Трофимова М. В.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Ситдикова И. Д.**

Пища – единственный источник, с которым ребенок получает необходимый пластический материал и энергию.

Организм детей и подростков имеет ряд существенных особенностей. Ткани организма детей на 25% состоят из белков, жиров, углеводов, минеральных солей и на 75% из воды. Основной обмен у детей протекает в 1,5-2 раза быстрее, чем у взрослого человека. В связи с усиленной мышечной активностью у них повышены общие энергетические затраты. Средний расход энергии в сутки (ккал) на 1 кг массы тела детей различного возраста и взрослого человека составляет: до 1 года – 100, от 1 до 3 лет – 100-90, 4-6 лет – 90-80, 7-10 лет – 80-70, 11-13 лет – 70-65, 14-17 лет – 65-46

Для нормального физического и умственного развития детей и подростков необходимо полноценное сбалансированное питание, обеспечивающее пластические процессы энергетические затраты организма с учетом его возраста. Энергетическая ценность суточного рациона питания детей и подростков должна быть на 10% выше их энергетических затрат, так как часть питательных веществ необходима для обеспечения процессов роста и развития организма. Соотношение белков, жиров, углеводов в питании детей старше 1 года и подростков должно составлять 1:1:4.

Потребность в пищевых веществах у детей обратно пропорциональна их возрасту (чем меньше ребенок, тем потребность больше), так как особенно усиленно ребенок растет в первые годы жизни.

Регулярное соблюдение правильного режима питания детей способствует выработке условных рефлексов на своевременное отделение пищеварительных соков, лучшему усвоению пищевых веществ, периодичности эвакуации пищи. В возрасте от 1 года до 1,5 лет детей с 5 разового питания переводят на 4-х разовое, но объем пищи остается прежним. Для детей в возрасте от 1,5 лет до 3-х лет объем суточного рациона составляет 1300-1400 мл., от 3 до 6 лет - до 1800 мл., в школьном возрасте от 2000 мл. до 2800 мл. Первый завтрак составляет 20-25% суточной калорийности, обед 30-35%, полдник - 15%, ужин 20-25%.

ВЛИЯНИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННОГО СТРЕССА НА ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

**Рубан Л. В., Лисенко А. И.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Ситдикова И. Д.**

Злокачественные новообразования являются сложнейшей медико-социальной проблемой современного общества. В структуре смертности населения России злокачественные новообразования занимают 3 место. Для того чтобы развился рак работа иммунной системы должна быть нарушена под влиянием вредных, химических веществ, радиации, наследственности,

особенности питания и образа жизни. Главный вопрос остается следующим : какие сбои в работе защитного механизма позволяют клеткам разрастись в опухоль, угрожающую жизни человека? Что мешает иммунной системе организма выполнять то, что она так успешно делала в течение многих лет? Поиск ответа заставляет обратиться к эмоциональным и психическим факторам, влияющих на возникновение болезни. Ответы на эти вопросы хорошо освещены в работах: Фирсова Л.Д.»Особенности психической сферы язвенной болезни 12-ти перстной кишки на разных стадиях»

Россия переживает в настоящее время сложные трансформационные процессы, использование последних достижений научно-технического прогресса на производствах существенно облегчило, но не исключило труд человека. Труд человека стал более значимым характером экстремальных условий труда, стимулирующих развитие производственных стрессов. Проблема стрессов у работников различных областей профессиональной деятельности приобретает все возрастающую актуальность в связи с непрерывным ростом экстремальности производства и существенным изменением содержания и условий труда у представителей многих профессий. Развитие стресса в экстремальных условиях профессиональной деятельности может быть связано также с ожиданием воздействия на работника разнообразных раздражителей физико-химической, психологической, организационной и профессиональной природы производственных стрессов. Целью данной работы ставлю перед собой детальное и глубокое рассмотрение основных методов профилактики производственных стрессов и способов борьбы с их последствиями. Изучения особенностей онкологических заболеваний желудочно-кишечного тракта под влиянием производственного стресса.

БИОЛОГИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ

Сергеева С. Ю., Лопушов Д. В.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Ситдикова И. Д.

Радиация играет огромную роль в развитии цивилизации. Благодаря явлению радиоактивности был совершен существенный прорыв в области медицины и в различных отраслях промышленности. Но одновременно с этим стали всё отчётливее проявляться негативные стороны свойств радиоактивных элементов: выяснилось, что воздействие радиационного излучения на организм может иметь трагические последствия. Радионуклидное загрязнение биосферы, обусловленное испытаниями ядерного оружия и развитием ядерных технологий, к концу XX столетия приобрело глобальный характер, достигая в отдельных регионах критических уровней. В совокупности с мощной нагрузкой других техногенных факторов это обстоятельство делает особенно актуальной проблему последствий антропогенного воздействия для всего живого.

Радиация по самой своей природе вредна для жизни. Малые дозы облучения могут "запустить" не до конца еще изученную цепь событий, приводящих к раку или генетическим повреждениям. При больших дозах радиация может разрушать клетки, и являться причиной скорой гибели организма.

Выделяют следующие виды последствий:

Соматические (телесные) эффекты - это последствия воздействия облучения на самого облученного, а не на потомство. Соматические эффекты делят на стохастические (вероятностные) и нестохастические (детерминированные), а так же генетические – последствия воздействия отражающиеся на потомстве облученного.

К соматическим, детерминированным последствиям относятся:

- Острая лучевая болезнь
- Хроническая лучевая болезнь
- Локальные лучевые повреждения

К соматическим стохастическим:

- Сокращение продолжительности жизни
- Лейкозы
- Опухоли различных органов и клетки

Генетические:

- Доминантные генные мутации
- Рецессивные генные мутации
- Хромосомные абберации

Возникновение тех или иных последствий облучения прямо зависит от типа излучения, его энергии и времени воздействия, пути облучения и химических свойств радионуклидов. Возникновение у человека различных проявлений лучевых поражений зависит от большого набора факторов, в том числе и от состояния организма.

ПРОБЛЕМЫ ЭКОЛОГИИ В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОЙ ФОРМАЦИИ

Хуснуллина Ф.С., Сабилова И.Ш.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Ситдикова И.Д.

В результате научно-технической революции возросли и расширились взаимосвязи между населением и окружающей средой. Хозяйственная деятельность человека, особенно в последние десятилетия, привела к загрязнению окружающей среды отходами производства. Воздушный бассейн и воды содержат загрязняющие вещества, концентрации которых часто превышают предельно допустимую, что негативно отражается на здоровье населения.

Здоровье, как интегральный индикатор медико-экологического благополучия, отражает состояние экосистемы в целом, является обобщенным показателем качества среды обитания и ее влияния на жизнедеятельность людей.

В последние десятилетия наблюдается увеличение распространенности болезней отдельных нозологических форм, которое обусловлено загрязнением окружающей среды. К таким экозависимым заболеваниям относят новообразования, заболевания эндокринной, мочеполовой системы, системы крови и кроветворных тканей, органов пищеварения, дыхания

Список заболеваний ,связанные с загрязнением атмосферного воздуха: болезни системы кровообращения, нервной системы и органов чувств, органов дыхания, органов пищеварения, крови и кроветворных органов, кожи и подкожной клетчатки, мочеполовых органов.

По оценкам экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) различают пять категорий реакций состояния здоровья населения на

загрязнение окружающей среды: повышение смертности; повышение заболеваемости; наличие функциональных изменений, превышающих норму; наличие функциональных изменений, не превышающих норму; относительно безопасное состоя-

ние. Эти категории можно рассматривать как относительные показатели, совокупно характеризующие состояние здоровья человека и качество окружающей среды. Показателем здоровья, в первую очередь, является количество здоровых, т.е. средняя ожидаемая продолжительность жизни.

Загрязнение окружающей среды вредными веществами и влияние их на здоровье человека — это одна из важнейших проблем на сегодняшний день, требующая немедленного решения.

НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ФАКТОРЫ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ СРЕДЫ В НЕФТЕПЕРЕРАБАТЫВАЮЩЕЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

Шаяхметова А. М., Лисенко А. И.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Ситдикова И.Д.

В нефтеперерабатывающей промышленности загрязнение воздушной среды различными токсическими веществами является постоянным в гигиеническом отношении неблагоприятным фактором, качественный состав которого определяется составом исходных, промежуточных, конечных, а также побочных продуктов синтеза.

Главными загрязнителями в нефтяной и нефтеперерабатывающей отраслях принято считать углеводороды, сероводород, диоксид серы, оксиды углерода и азот. Наблюдаемый рост случаев появления злокачественных новообразований и других заболеваний подтверждает имеющиеся многочисленные литературные данные о канцерогенной опасности некоторых ароматических углеводородов, минеральных масел, а также смесей углеводородов. Данные химические вещества, негативно воздействующие на здоровье работающих, входят в состав сырья и готовой продукции, поэтому исключить их из технологического процесса не представляется возможным.

В результате анализа установлено, что наиболее значительный рост регистрировался по новообразованиям (1,62), болезням эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (1,59), сердечно-сосудистой системы (1,45), нервной системы (1,33), системы кровоснабжения (1,18), дыхательных органов (1,16).

Профессиональная деятельность в условиях воздействия вредных производственных факторов приводит к нарушениям состояния здоровья работающих, проявляющимся в заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

Обращает на себя внимание темп роста динамики заболеваемости злокачественными новообразованиями. Так, в 2000 г. показатель числа случаев с временной утратой трудоспособности на 100 работающих рассматриваемого производства был равен 0,43, а в 2010 г. данный показатель достиг значения 1,27.

В соответствии с существующей ситуацией, сложившейся в основных нефтеперерабатывающих и нефтехимических центрах республики и страны в целом представляется наиболее актуальным осуществление технологических, санитарно-технических и планировочных мероприятий.

ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ И ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО ВДОЛЬ СОВРЕМЕННЫХ АВТОМАГИСТРАЛЕЙ

Якимова Н. Г., Сабирова И. Ш.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., ст. преп. Русин М.Н.

Целью данного исследования является оценка изменений в состоянии здоровья детского населения 2-6 лет, проживающего вдоль Большого Казанского Кольца по сравнению с лицами, не проживающими на данной территории, для разработки профилактических мероприятий. В условиях крупного промышленного центра с развитой промышленностью, которым является г.Казань, на первый план выходит загрязнение атмосферного воздуха, высокий уровень которого создается, в первую очередь, выбросами автотранспорта и промышленных предприятий.

В связи с ростом численности населения, расширения территории г.Казани, увеличением автопарка города, наблюдается увеличение интенсивности движения транспорта по улицам. Наибольшее количество автомобильного транспорта находится в Приволжском районе г.Казани (21,4% - 30897шт.), это объясняется наибольшей численностью населения (20,3%). Автобусов и грузовых машин больше на территории Вахитовского района (24,9% и 27,15 соответственно). Большую часть времени (19 часов в сутки) интенсивность движения по крупным магистралям г.Казани (пр.Победы, Сибирский тракт, пр.Ямашева, пр.Амирхана, Ленинская дамба, Лево-Булачная и Право-Булачная) превышает условный уровень риска (600ед./час). Автомобильные «пробки» заметно влияют на загрязнение атмосферного воздуха - автоводители выбирают для объезда внутридворовые дороги, что способствует увеличению загрязнения атмосферного воздуха зон отдыха (территории придомовых владений, ДДУ, образовательные учреждения).

Для оценки зависимости заболеваемости детского населения от автотранспортной нагрузки на городскую среду проведено обследование жилых микрорайонов, примыкающих к проспектам Ямашева и Амирхана. Проведена оценка заболеваемости более 3000 детей, проживающих на прилегающей территории. Для контроля проведено сравнение полученных данных с заболеваемостью детей п. Залесный (500 детей, проживающих в условно-чистой зоне). Анализ здоровья детей проведен с использованием гигиенического, статистического, медицинского и социологического методов.

Наличие территориальных различий между уровнями заболеваемости детского населения по данным участкам послужило предпосылкой доказательства причинно-следственных связей между ними и заболеваемостью детей и уровнями загрязнения атмосферы различными химическими веществами.

САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬСКАЯ РАБОТА С МОЛОДЕЖЬЮ ПО ПРОБЛЕМЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

Арцер Е.В., Матвеев Д.В., Сабирова И.Ш.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Ситдикова И.Д.

В последнее время резко возросла проблема охраны репродуктивного здоровья молодежи. Те меры, которые предпринимаются государством для улучшения демографической ситуации, будут эффективны при условии достаточной подготовленности молодежи их воспринять, поэтому должно быть уделено повышенное внимание к формированию осознанного репродуктивного поведения молодежи.

Особую значимость вызывает высокий уровень абортс среди молодежи. Высокий уровень абортс является одним из основных факторов ухудшения репродуктивного здоровья женщин. Значительное число абортс производится без учета современных технологий.

Острота проблемы беременности у женщин раннего фертильного возраста заключается в частоте их осложнений. Если учесть, что более 50% абортс влекут за собой ранние или поздние осложнения, то при отсутствии действенных мер по снижению числа абортс при первой беременности имеет место реальная угроза потери здоровья будущего населения.

Неосведомленность об основах анатомии и физиологии репродуктивной системы человека и вытекающее из этого недоразвитие осознания образа женщины – продолжательницы рода, имеет место не только у самой девушки, но и у ближайшего ее окружения.

Ситуация усугубляется а так же определяется отсутствием элементарных гигиенических знаний и информированности населения, прежде всего молодежи, о физиологии и патологии репродуктивной системы, а так же об основах профилактики нарушений функции репродуктивной системы, об эффективных методах контрацепции.

Наиболее остро стоит проблема формирования адекватного контрацептивного поведения у девушек, получающих высшее образование.

Не разработаны и методы формирования оптимального контрацептивного поведения в студенческой среде. В результате – вместе с дипломом о высшем образовании девушки часто приобретают гинекологические проблемы как следствие неправильной контрацепции или искусственного прерывания первой беременности.

Из вышеперечисленного я могу сделать вывод что, контрацепция является составной частью репродуктивного здоровья молодежи и необходимо уделить внимание гигиеническому воспитанию молодежи, повысить уровень знаний о методах контрацепции, анатомии и физиологии репродуктивной системы человека, о последствиях абортс.

ВЛИЯНИЕ УСЛОВИЙ ТРУДА НА РАБОТНИКОВ НЕФТЕПЕРЕРАБАТЫВАЮЩЕЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

Загидулина Ч.Ф., Трофимова М.В.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Ситдикова И.Д.

Нефтеперерабатывающая промышленность одна из отраслей, в которой огромная энергонасыщенность, комплекс химических и физических факторов производственной среды, нервно-эмоциональные нагрузки воздействуют непосредственно на организм работников. Для предприятий нефтеперерабатывающей промышленности специфичен спектр загрязнителей, где ведущую роль занимают ароматические углеводороды и полиароматические углеводороды (ПАУ), среди которых немало особо опасных химических веществ, обладающих канцерогенным действием.

Целью настоящего исследования явилась идентификация отклонений функционального состояния персонала нефтеперерабатывающего предприятия в результате комплексного воздействия условий труда: химический фактор, производственный шум, неблагоприятный микроклимат, физические и нервно-эмоциональные перенапряжения.

Ведущим производственным фактором, воздействующим на рабочих основных профессий в нефтехимических производствах, является химический фактор.

Установлено, что большинство веществ, циркулирующих в технологических потоках нефтехимических производств, обладают общетоксическим, раздражающим, гепатотропным, канцерогенным, мутагенным, гонадотропным действием. Присутствие в воздухе рабочей зоны одновременно до 8-10 ингредиентов обуславливает возможность их комбинированного воздействия на организм, а также эффекты суммации и потенцирования.

В связи с этим представляет актуальность проблема диагностики нарушений здоровья, связанных с воздействием вредных производственных факторов, на ранних стадиях, когда своевременное проведение лечебно-профилактических мероприятий позволит предупредить развитие клинически выраженных форм профессиональных заболеваний.

КАНЦЕРОГЕННАЯ ОПАСНОСТЬ ПРИ ДОБЫЧЕ ЗАПАСОВ ВЫСОКОВЯЗКОЙ НЕФТИ

Ефимов А.Н., Лопушов Д.В.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Ситдикова И.Д.

Нефтеразведка состоит из полевых геологических, геофизических и геохимических работ с последующим бурением поисковых скважин - искусственных цилиндрических горных выработок в земной коре глубиной 5000м и более. При бурении используются различные буровые растворы для создания давления в скважине, выноса разбуренной породы, вращения гидротурбины. В буровой раствор для интенсификации добычи нефти и газа, защиты нефтепромыслового оборудования, добавляется множество химреактивов: ингибиторов коррозии, демульгаторов, бактерицидов, ингибиторов гидратообразований и т.п. Об объёме применения химреактивов можно судить по протяжённости скважин. В контакте с этими реагентами производится большой объём погрузочно-разгрузочных работ.

Таким образом, хотелось бы отметить возможность миграции химреактивов на большие протяжения внутри скважин и наличие данных о возможности их проникновения в водоносные горизонты, используемые для целей питьевого водоснабжения.

Был произведён качественный анализ состава рецептур этих реагентов (анализировалось 94 разновидности спецхимсоставов), в результате чего выяснилось:

- в качестве компонентов химсоставов применяются вещества 2,3,4 классов опасности;

- при анализе рецептур выяснилось, что в составе 70% используемых химсоставов обнаружались вещества, обладающие эмбриотропным, гонадотропным, тератогенным видами действия. В 50% анализированных рецептур используются вещества, обладающие мутагенным действием.

Данные проведенного анализа свидетельствуют о возможности канцерогенного влияния на здоровье населения, проживающего на территориях, прилегающих к нефтеносным горизонтам. Также недостаточно данных об изменении скорости распада используемых потенциально опасных веществ в условиях попадания в водоносные горизонты, в связи с чем целесообразно изучение здоровья населения проживающего в нефтедобывающих регионах.

КАРДИОЛОГИЯ

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ СЕЛЕКТИВНЫМИ БЕТА БЛОКАТОРАМИ У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

Фахруллина Л.Ф., Лашманова Ю.М.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., доц. Камалов Г.М.

Актуальность: Одним из методов стабилизации стенокардии является разгрузка миокарда и уменьшение активности нейрогуморальной системы с помощью бета блокаторов, что приводит к снижению числа госпитализаций и случаев сердечно – сосудистой смерти.

Цель: оценить достигаемый уровень ЧСС у пациентов со стабильной стенокардией, получающих терапию бисопрололом.

Задачи: 1. Оценить приверженность пациентов терапии бисопрололом.

2. Оценка достигаемого уровня ЧСС у пациентов со стабильной стенокардией, получающих бисопролол в стационаре и в течение 1 месяца, после выписки.

3. Оценка выраженности антиишемического эффекта у пациентов, принимающих бисопролол.

Материалы и методы: в исследовании участвовало 25 больных со стабильной стенокардией напряжения, ФК 3-4., в т.ч. пациенты с проведенным аортокоронарным шунтированием и стентированием, госпитализированные в кардиологическое отделение РКБ№2 в период с 7.11.12 г по 7.12.12 г. в возрасте от 49 до 88 лет (средний возраст 60,8 лет), из них мужчин – 15, женщин – 10. В стационаре: бисопролол назначен 23, из них целевой уровень ЧСС достигнут у 9 (средний уровень ЧСС составил 59,3 раз в минуту), целевая доза равна 2,5 мг, у остальных 18 пациентов средняя ЧСС составила 73,38 раз в минуту. После выписки: бисопролол назначен 9 людям, из них принимали - 7, целевая ЧСС среди принимавших достигнута у 3 (средняя ЧСС равна 60), целевая доза составила 2,5 и 5 мг. У пациентов с недостигнутым целевым интервалом ЧСС была равна 69,55 раза в минуту на 1 неделе после выписки, на 4 неделе - 75,22 раза в минуту.

Выводы:

1) Лечению бисопрололом привержены 12% пациентов, у которых за первый месяц терапии был достигнут целевой интервал ЧСС.

2) На первой неделе терапии целевая ЧСС была достигнута у 36% (9 чел из 25). На четвертый неделе - у 12% (3 человека из 25).

3) У пациентов с целевой ЧСС наблюдается отсутствие ишемических приступов во время привычной для них физической нагрузки. Частота приступов у пациентов с ЧСС более 60 раз в минуту колеблется от 1 до 4 раз в месяц.

НАРУШЕНИЯ КОАГУЛЯЦИОННО-ЛИТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ МИОКАРДА В ПАТОГЕНЕЗЕ КАРДИАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ

Власова Н.А., Сатыбалдин О.А., Ежова О.А.
Мордовский государственный университет
Руководитель – д.м.н. проф. Власов А.П.

Целью работы явилось изучение при эндогенной интоксикации роли нарушений коагуляционно-литического состояния миокарда в патогенезе кардиальных расстройств.

Методы исследования. Работа основывается на результатах экспериментальных исследований, проведенных на беспородных собаках (n=20). С целью воспроизведения синдрома эндогенной интоксикации животным моделировали острый перитонит. В контрольные сроки (1-е, 3-и и 5-е сутки послеоперационного наблюдения) проводили запись ЭКГ, забор крови и образцов ткани миокарда. В плазме крови исследовали состояние гуморального компонента системы гемостаза и влияния экстракта тканей сердца на данные показатели. Все животные в послеоперационном периоде получали инфузионную и противовоспалительную терапию. Эксперименты проведены под внутривенным наркозом согласно требованиям этического комитета.

Результаты исследования. Установлено, что при выбранной модели развивался выраженный эндотоксикоз. Анализ электрокардиограмм выявил значительное усиление эктопической активности миокарда (у 85% животных возникли частые желудочковые и наджелудочковые экстрасистолы, регистрировались пробежки наджелудочковой тахикардии). В 35% случаях отмечались преходящие блокады АВ-проведения. У 60% животных зарегистрированы ишемические изменения на ЭКГ в виде депрессии сегмента ST>1мВ. При исследовании гуморального компонента системы гемостаза при эндотоксикозе были отмечены значительные расстройства в виде роста коагуляционного потенциала и угнетения фибринолитической активности крови. Под влиянием тканевого экстракта сердца время рекальцификации плазмы крови укорачивалось на 14,16–20,05% (p<0,05), протромбиновое время – на 28,65–30,14% (p<0,05), время эуглобулинового фибринолиза удлинялось на 33,97–91,04% (p<0,05). Корреляционный анализ выявил сильную зависимость кардиальных расстройств и нарушений коагуляционно-литического состояния миокарда (r=0,78–89).

Заключение. При эндогенной интоксикации в ткани миокарда отмечаются существенные нарушения коагуляционно-литического состояния, которые сопряжены с выраженностью кардиальных расстройств.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО И ХРОНИЧЕСКОГО МИОКАРДИТОВ

Никушина А.А.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., асс. Кириллова В.В.

Диагностика и лечение миокардитов по-прежнему остается одним из наиболее сложных разделов работы терапевтов и кардиологов. Выраженные различия клинической картины болезни делают вопросы диагностики и лечения крайне сложными.

Лабораторная диагностика хронического миокардита включает: 1) определение концентраций кардиоселективных ферментов, отражающих повреждение миокарда, 2) выявление повышения биохимических маркеров воспаления, 3) оценка выраженности иммунного воспаления.

Повреждение кардиомиоцитов при миокардитах ведет к повышению кардиоспецифических ферментов и белков: креатинфосфокиназа, тропонина - Т, тропонина - I, лактатдегидрогеназа. Концентрация, тропонина - Т, тропонина - I повышаются в крови при повреждении кардиомиоцитов, тогда как креатинфосфокиназа и лактатдегидрогеназа могут повышаться и без разрушения кардиомиоцитов. Учитывая, что степень повреждения кардиомиоцитов при миокардитах не столь значительна, как при инфаркте миокарда, поэтому концентрация кардиоспецифических маркеров повышается в 1,5-2 раза. При анализе уровня тропонина Т выше 0,1 нг/мл чувствительность метода для выявления миокардита составляет 53%, а специфичность 94%. Для тропонина I чувствительность составляет 34%, а специфичность 89%. Нормальные значения тропонина не исключают, что при эндомикардиальной биопсии могут быть выявлены признаки миокардита. Таким образом, повышенный уровень кардиоселективных ферментов и белков у больных с хроническим миокардитом свидетельствует о более выраженном повреждении кардиомиоцитов в миокарде.

Лабораторные показатели (увеличение скорости оседания эритроцитов, повышение содержания С-реактивного протеина, сиаловых кислот, фибриногена), свидетельствующие об активности воспалительного процесса более характерны для острого миокардита, тогда как при хроническом миокардите чувствительность биохимических маркеров невысока.

Лабораторная диагностика - это наиболее простой, но один из важных методов в постановке диагноза миокардита. Чувствительность лабораторной диагностики выше при остром миокардите, чем при хроническом. Лабораторная диагностика является обязательным методом в диагностике миокардитов.

КОМБИНИРОВАННЫЕ ПРЕПАРАТЫ В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Якубова А.Ш., Горелкин И.В.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., доц. Галева З.М.

Актуальность: Наиболее важным при лечении пациента с артериальной гипертензией (АГ) является достижение целевого уровня артериального давления (АД), так как именно снижение АД приводит к уменьшению частоты сердечно-сосудистых заболеваний и смертности. При лечении больных АГ величина АД должна быть менее 140/90 мм рт.ст. В дальнейшем, при условии хорошей переносимости, рекомендуется снижать АД до 130–139/80–89 мм рт.ст. Во многих случаях для достижения целевого уровня требуется комбинированные препараты. В последние годы все большую популярность приобретает комбинация иАПФ и АК.

Цель работы: оценить гипотензивный эффект нового комбинированного гипотензивного препарата престанс (амлодипин+периндоприл) у пациентов с гипертонической болезнью.

Методы исследования: общеклинические методы, ЭКГ.

Полученные результаты: в течение 3 месяцев наблюдались 10 пациентов (средний возраст 57,2 года). Из которых женщины составляли 80%, мужчины 20%. Средний индекс массы тела – 30,5. Средняя длительность гипертензии – 11,8 лет. 40% пациентов не получали терапии до начала исследования, остальные принимали гипотензивные препараты, которые были недостаточно эффективны. Сахарным диабетом 2 типа страдали 4 пациента. Среднее систолическое артериальное давление (САД) до начала лечения составляло 162,5 мм рт.ст., среднее диастолическое артериальное давление (ДАД) – 98 мм рт.ст., средняя частота сердечных сокращений – 76,1 уд./мин. В течение первого месяца производился подбор дозировки комбинированного гипотензивного препарата и при необходимости добавлялись гипотензивные препараты других групп. К концу исследования среднее САД составляло 126,3 мм рт.ст., ДАД 78,7 мм рт.ст., ср. ЧСС – 63,1 уд/мин. 30% пациентов принимали комбинацию амлодипин 5 мг+периндоприл 5 мг, 60% - 10мг+10 мг, 10% - 10 мг периндоприла+5 мг амлодипина. Дополнительно 3 пациентам с комбинацией 10 мг+10 мг были добавлены мочегонные (1 человеку), бета-адреноблокаторы (1 человеку) и мочегонные + бета-адреноблокаторы (1 человеку).

Заключение: комбинированный гипотензивный препарат (периндоприл + амлодипин) действительно эффективен в плане снижения как САД (на 36,2 мм рт.ст., $p < 0,005$), так и ДАД на 19>9 мм рт.ст., $p < 0,05$). При этом наблюдалось достоверное снижение средней ЧСС на 13 уд./мин ($p = 0,07$).

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ВЕЛИЧИНУ pH ПОЛОСТИ РТА

Сунгатуллина Г. Р., Низамудинова Н. М., Шайхутдинов А. Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., проф. Галяутдинов Г.С.

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания являются ведущими среди причин инвалидизации и смертности во всем мире. Одним из наиболее распространенных синдромов является хроническая сердечная недостаточность (ХСН). ХСН характеризуется длительным и прогрессирующим течением. Развитие заболевания приводит к быстрому развитию дистрофических явлений в костной части пародонта, что вызывает нарушение прикрепления зубов и нередко приводит к их потере.

Материалы и методы исследования. Были обследованы лица возрастной категории от 45 до 87 лет. Первая группа ($n=25$) являлась контрольной (здоровые лица), в то время как участники второй группы ($n=15$) имели ХСН II А-II Б ст. II-III ФК. В первой и второй группах обследованных измерялось исходное состояние pH полости рта. В последующем проводилась углеводная нагрузка и, через каждые 5 минут в течение часа, измерялось pH полости рта с помощью «pH-Tester. ElectrodeChecker 1» и универсальной индикаторной бумаги pH 0-12.

Результаты. У больных с ХСН II А-II Б ст. II-III ФК в полости рта без углеводной нагрузки наблюдается состояние алкалоза. На 15 минуте после углеводной нагрузки pH слюны в контрольной группе падает в среднем до $4,7 \pm 0,24$ UE, а в опытной группе до $4,6 \pm 0,15$ UE ($p < 0,05$). Возврат pH к исходным значениям происходит более интенсивно во второй группе пациентов. На 60 минуте pH слюны лиц контрольной группы повышается до $7,2 \pm 0,04$ UE, а второй группы - до $7,7 \pm 0,12$ UE ($p < 0,05$).

Заключение. В ходе исследования было выявлено, что при ХСН II А-II Б ст. II-III ФК показатели pH полости рта находятся в пределах от 7,5 до 8 UE, среда полости рта более щелочная и, после углеводной нагрузки, идет более быстрое возвращение показателей до исходного уровня при сравнении с контрольной группой. Можно предположить, что у больных с хронической сердечной недостаточностью риск возникновения заболевания пародонта увеличивается.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА ИЛИ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

Губайдуллина К.Д., Магамедкеримова Ф.А., Иванцов Е.Н.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., доц. Хасанов Н.Р.

Цель работы: Изучить показатели липидного профиля и факторы риска (ФР) у больных, перенёсших инфаркт миокарда (ИМ) или атеротромботический ишемический инсульт (ИИ), с различными полиморфными маркерами в генах A1F, AMPA1 и AMPA2.

Материал и методы исследования: В исследование были включены две группы больных. Первую группу, 38 человек (средний возраст – 67,2±1,9 года), в т. ч. 20 мужчин (52,63%) и 18 женщин (47,37%), составили больные, перенёсшие ИМ. Вторую группу, 17 человек (средний возраст – 63,2±3,2 года), в т. ч. 7 мужчин (43,75%) и 9 женщин (56,25%) – больные, перенёсшие ИИ. Всем больным определялся уровень общего холестерина (ХС) и триглицеридов (ТГ) плазмы крови, С/Т полиморфизм в гене A1F, А/Г полиморфизм в гене AMPA1 и Т/С полиморфизм в гене AMPA2 методом ПЦР. Выявлялись факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний. Статистический анализ проводился при помощи прикладного пакета программ Statistica 6.1 с применением критериев Стьюдента и Фишера, результаты представлены в виде M±m. Различия считались достоверными при p<0,05.

Результаты: Группы больных ИМ и ИИ не различались по генетическому профилю и частоте встречаемости ФР. Вместе с тем, у больных ИМ - носителей аллеля С гена AMPA2, средний уровень ХС был выше, чем у гомозигот по аллелю Т: у носителей генотипа СС – 5,6±0,3, генотипа ТС – 5,6±0,1 и у носителей генотипа ТТ – 4,9±0,1 ммоль/л (p=0,0017), в то время как у больных ИИ наблюдалась четкая тенденция к повышению среднего уровня ХС у носителей генотипа АА гена AMPA1, по сравнению с носителями генотипа GG (6,9±0,8 и 4,8±0,6 ммоль/л соответственно, p=0,058), при промежуточном значении ХС у гетерозигот (5,6±0,6 ммоль/л).

Заключение: Уровень ОХ у больных, перенёсших ИМ, ассоциирован с полиморфизмом в гене ионотропноглутаматового рецептора 2 типа, в то время как больных, перенёсших ИИ можно предположить наличие ассоциации с полиморфизмом в гене ионотропноглутаматового рецептора 1 типа.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ЗДОРОВЫХ ЛИЦ

Иванцов Е.Н.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., доц. Хасанов Н.Р.

Цель: изучение уровня триглицеридов (ТГ) плазмы крови у больных гипертонической болезнью (ГБ) и у лиц с нормальным АД в ассоциации с С/Т полиморфизмом в гене A1F.

Материал и методы: В первую группу включены 73 больных ГБ I и II стадии 1 и 2 степени АГ без клинических признаков ИБС в возрасте от 18 до 60 лет (средний возраст 43,3±1,1 года), в том числе 30 мужчин (41,1%) и 43 женщины (58,9%). Группу контроля составили 96 обследованных лиц с нормальным АД и без клинических признаков ИБС (средний возраст 43,7±1,1 года), в том числе 22 мужчины (22,7%) и 75 женщин (77,3%). Всем обследованным определялся уровень ТГ плазмы крови и С/Т rs189994 полиморфизм гена A1F методом полимеразной цепной реакции. Статистический анализ проводился при помощи прикладного пакета программ Statistica 6.1, результаты представлены в виде M±m. Таблицы сопряженности качественных показателей 2x2 анализировались с применением точного критерия Фишера. Различия считались достоверными при p<0,05.

Результаты: Группы больных ГБ и контроля не различались по распределению генотипов гена A1F. Гипертриглицеридемия (ТГ≥1,7 ммоль/л) встречалась среди больных ГБ достоверно чаще, чем в группе контроля (27,4% и 12,5% соответственно, p=0,018). Обнаружена большая частота генотипа ТТ у больных ГБ с гипертриглицеридемией, чем у больных ГБ с нормальным уровнем ТГ плазмы крови (0,58 и 0,42 соответственно, p=0,049). В свою очередь, у больных ГБ с нормальным уровнем ТГ наблюдалась большая частота генотипа СТ, чем у больных ГБ с повышенным уровнем ТГ (0,56 и 0,21 соответственно, p=0,01). В группе больных ГБ выявлена корреляция уровня ТГ с С/Т полиморфизмом в гене A1F (γ=-0,40, p<0,05). Среди носителей генотипа ТТ гена A1F в группе больных ГБ (n=27) уровень триглицеридов плазмы крови (1,69±0,15 ммоль/л) достоверно выше, чем у носителей генотипа СС (1,12±0,12 ммоль/л, p=0,005, n=18) и генотипа СТ (1,12±0,11 ммоль/л, p=0,003, n=28). Ассоциации уровня ТГ плазмы крови с С/Т полиморфизмом в гене A1F в группе контроля не определялось.

Заключение: Выявленная ассоциация уровня ТГ плазмы крови с С/Т полиморфизмом в гене A1F характерна для больных ГБ и не наблюдается у лиц с нормальным АД.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ МИОКАРДА IN VIVO: ИНФАРКТ МИОКАРДА

Матвеева В.Л.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., проф. Байкеев Р.Ф.

За последние 10 лет состояние практической медицины кардинально изменилось – практическое здравоохранение стало значительно лучше оснащаться техникой. Особое место среди медицинского оборудования занимают те приборы, техническая эксплуатация которых основана на неинвазивных физических явлениях (ядерный магнитный резонанс, электронный парамагнитный резонанс, позитронная эмиссия и другие). Актуально применение магнитно-резонансной томографии со спектроскопией высокого разрешения при исследовании миокарда при разработке молекулярных маркеров-предикторов, биохимических индексов по эффективности лечения заболеваний сердца и реабилитации. Одним из серьезных нарушений работы сердца является инфаркт миокарда (ИМ), от которого в первые 15 минут после начала заболевания погибают 30 – 40% больных и примерно столько же в последующие 2 часа. Ежедневно в Российской Федерации регистрируют от 9 до 25 тысяч вызовов скорой медицинской помощи по поводу острого ИМ. В настоящее время ИМ является причиной 39% смертей в стране. Каждый четвертый мужчина в России в возрасте старше 44 лет и каждая третья женщина после наступления менопаузы страдает каким-либо сердечно-сосудистым заболеванием. В медицинской практике находят применение технология 31P – ЯМР спектроскопии in vivo. Регистрируются АТФ, фосфокреатин. Соотношение фосфокреатина и АТФ отражает энергетический резерв сердечной мышцы. Цель исследования: провести мета-анализ по метаболическим показателям миокарда in vivo при ИМ. Задача исследования:

изучить значимость биохимических метаболических составляющих при оценке интенсивности ИМ. Методика исследования – аналитический обзор публикаций. Результаты исследования: ИМ характеризуется уменьшением АТФ на 39%, креатинфосфокиназы на 44%; при этом константа креатинкиназной реакции сохраняется в норме; наблюдается уменьшение соотношения [фосфокреатин]²/константа креатинкиназной реакции, что объясняется сохранением энергии в неповрежденных миоцитах и отсутствием истончения стенки миокарда.

ЛИНГВИСТИКА

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОБРАЗА ПТИЦ В ПРОИЗВЕДЕНИЯХ ТАТАРСКИХ ПИСАТЕЛЕЙ

Хусаенова Ф.И.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.фил.н., ст. преп. Амирова Р.М.**

В качестве объекта исследования мы взяли произведения различных периодов и жанров, поэтому тему нашей работы мы назвали «Использование в произведениях образа птиц». Нас особенно интересовало использование этого образа в древней литературе и наличие этого образа в фольклоре других народов. Мы исследовали в своей работе применение данного образа разными писателями и в разные эпохи.

Перед выполнением этой работы мы поставили следующую цель: как раскрываются возможности изображения образа «птицы» при использовании в произведениях? Велика ли роль этого слова в описании?

Перед нами были поставлены следующие задачи: изучение литературы, начиная с древнего устного народного творчества и до современных произведений; исследование учебных пособий по татарской литературе, предназначенные для татаро- и русскоязычных школьников. В качестве объектов мы взяли устное татарское народное творчество и творчество других народов; произведения М.Колыя, Габдуллы Тукая, стихотворения Мусы Джалиля, некоторые современные произведения, учебные пособия по татарской литературе для русско- и татароязычных школьников.

В ходе наблюдения обнаружились некие закономерности во взаимосвязи современной поэзии и прозы с древним фольклором. Мы заметили: мифологические образы, сюжеты и мотивы, связанные с птицами отражаются и в сегодняшней литературе.

Итак, мы выяснили, что образ птицы, названия птиц, используя как символ, сравнения, добавляют в произведения особенное благозвучие, раскрывают чувства души человека, играют немаловажную роль в изображении внутреннего и наружного портрета героев.

МЕДИЦИНСКИЕ ТЕРМИНЫ И АРАБСКИЙ ЯЗЫК

Сами А.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.фил.н., асс. Кузнецова Е.Г.**

Исторической заслугой арабоязычной медицины является сохранение наследия медицины античного мира.

С греческого на арабский язык были переведены почти все сочинения Гиппократ и Галена. Сначала это были компилятивные обработки греческих сочинений, но затем появляются самостоятельные произведения, написанные арабскими врачами (труды Абу Бакра Рази, Али Ибн-Сины).

В VIII–IX вв. народно-разговорный латинский язык стал «мёртвым», поэтому знакомство врачей с греческим наследием могло осуществляться только через латинские переводы арабских переводных сочинений с греческого. Однако многие переводчики плохо знали арабский язык и медицинскую терминологию, неправильно обращались с арабской транскрипцией греческих слов, возникали ошибки и по вине переписчиков. Из-за многократных переводов с одного языка на другой страдала терминология.

Несмотря на многовековое преобладание арабского языка, на засорённость средневековой латыни арабизмами, арабская медицина почти не оставила следа в современной медицинской терминологии. Сохранились единичные арабизмы в названиях лекарств; например: Калий и алкалоид от араб. al-qali (растительная зола), от которого произошло лат. alkali (щёлочь); алкоголь от араб. al-kohl (тонкий порошок сурьмы); эликсир, от араб. al-iksir (философский камень); бура от араб. buraq. В анатомической латинской номенклатуре уцелело одно слово арабского происхождения pucha, которое ныне употребляется в значении выя – задняя сторона шеи.

Некоторые латинские переводные наименования были созданы как семантические кальки с арабских метафорических обозначений. Например, vermiscerebelli – червь мозжечка (у греков botrys – виноградная гроздь); auriculacordis – ушко сердца (у Цельса слово auricula употребляется только для обозначения уха, ушной раковины); orbita – глазница (в классической латыни это слово означало «колея», а в древнерусских сочинениях переводилось как «обочина»).

С XIV в. влияние арабской медицины начало ослабевать, но развитию европейской медицины мешала терминологическая путаница: медицинский лексикон был смесью латинизированных арабизмов, гебраизмов, арабизированных грецизмов и т.п. Появилось огромное количество синонимов. Европейской медицинской науке угрожало «терминологическое удушение».

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ АНАТОМИЧЕСКИХ ТЕРМИНОВ В РУССКОМ И АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКАХ

Шиблауи А.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.фил.н., асс. Кузнецова Е.Г.**

К середине XIX в. латынь окончательно уступает место национальным языкам, они становятся средством письменного и устного научного общения. За латынью сохраняется лишь номинативная функция в некоторых медико-биологических классификациях (в анатомии, гистологии, ботанике, зоологии и др.).

Наряду с наименованиями, которые заимствовались из словарей классических языков в готовом виде, стали в большом количестве появляться неоклассицизмы, искусственно созданные учёными разных стран на основе лексического и словообра-

зовательного материала классических языков. Конкретно-языковое оформление неоклассицизмов происходило по-разному: они оформлялись по-латыни или получали форму того или иного национального языка. Такие термины легко проникали в терминологию различных национальных языков и становились интернациональными наименованиями – интернационализмами.

Анатомическая терминология, служащая для точного описания расположения частей тела, органов и других анатомических образований в пространстве и по отношению друг к другу в анатомии человека, не исключение. Как в русском, так и в английском языках, используются анатомические термины, а также национальные.

Сравнительный анализ анатомических терминов показал, что самая большая группа представлена терминами, восходящими к латинским корням. Однако довольно часто в русской и английской терминологии кроме термина с латинским корнем имеются также собственные национальные наименования. Например, синонимы термина в русском языке: альвеола, ячейка, лунка, лат. *alveolus*, англ. *alveole*; аппендикс, придаточный орган, червеобразный отросток слепой кишки, лат. *appendix*, англ. *appendix*; лейкоцит, белая кровяная клетка, лат. *leucocytus*, англ. *leukocyte*, *whitebloodcell* и др. Или синонимы в английском языке: сустав, лат. *articulation*, англ. *joint*, *articulation*; головной мозг, лат. *cerebrum*, англ. *brain*, *encephalon*, *cerebrum*; ключица, лат. *clavicula*, англ. *collarbone*, *clavicle*; кожа, лат. *derma*, англ. *skin*, *derma* и др. И, конечно, группа анатомических терминов, имеющая в разных языках своё особое наименование, например: железа, лат. *aden*, англ. *gland*; голова, лат. *caput*, англ. *head*; желудок, лат. *gaster*, англ. *stomach* и др.

НАЗВАНИЯ ЖИДКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМ В РУССКОМ ЯЗЫКЕ

Аббас А.

Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.фил.н., асс. Кузнецова Е.Г.

В работе рассматриваются названия жидких лекарственных форм в русском языке.

Микстура – жидкая лекарственная форма; смесь различных лекарственных средств, растворённых или находящихся во взвешенном состоянии в какой-либо жидкости. Восходит к лат. *mixtura* – смесь. Ср.: англ. *mixture*, итал. *miscela*, литов. *mišinys*, македон. мешавина, нем. *Mischung*, польск. *mieszanka*, словац. *zmes*, укр. мікстура.

Настойка – прозрачная жидкая спиртовая, спиртоводная или спиртоэфирная вытяжка (без нагревания) из растительного сырья. Восходит к глаголу настаивать.

Настой – жидкая лекарственная форма, водное извлечение из растительного сырья для внутреннего или наружного применения. Ср.: англ. *tincture*, испан. *tintura*, итал. *tintura*, и болгарск. *настоявам*, белорус. *настойваць*.

Отвар – жидкая лекарственная форма; получают из растительного сырья, которое заливают холодной водой, кипятят и процеживают. Ср.: лат. *decoction*, англ. *decoction*, *liquor*, испан. *decocción*, итал. *decotto*, фр. *décoction*. Но: белорус. *адвар*, болгарск. *отвара*, латыш. *novārtjums*, литов. *puoviras*, польск. *wywar*, словац. *varenie*, укр. *відвар*, чешск. *vaření*.

Сироп – густой отвар соков лекарственных растений. Ср.: франц. *sirop* (патока) из ит. *siropo* от араб. *sarab* – напиток.

Эликсир – крепкий настой или вытяжка из растительных веществ на спирту, эфирных маслах, кислотах. Восходит к араб. *аль-иксир* – философский камень. Ср.: *elixirium*.

Экстракт – вещество, извлечённое из растительной или животной ткани с помощью какого-либо растворителя и сгущённое затем путём выпаривания. Ср.: лат. *extractum* – извлечённое, вытяжка, от *extrahere* – вытягивать.

Эссенция – концентрированный раствор какого-либо летучего вещества, употребляемый в пищевой, фармацевтической и парфюмерной промышленности. Восходит к лат. *essentia* – сущность. Ср.: польск. *esencja*.

Эмульсия – жидкая лекарственная форма; непрозрачная жидкость, в которой нерастворимые в воде масла находятся в диспергированном состоянии. Восходит к лат. *emulsus* – выдоенный.

Таким образом, этимология слов, обозначающих жидкие лекарственные препараты в русском языке, связана с агрегатным состоянием этого вещества, методом его получения и употребления.

СОПОСТАВИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФРАЗЕОЛОГИЗМОВ С КОМПОНЕНТОМ "СЕРДЦЕ"/ "ЙӨРӘК" В РУССКОМ И ТАТАРСКОМ ЯЗЫКАХ

Ахмадуллина Р.Н.

Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.фил.н., ст.преп. Амирова Р.М.

Объектом нашего исследования является фразеологическая парадигма. В данной работе отобраны для исследования русские фразеологические парадигмы с компонентом «сердце» и татарские с компонентом «йөрәк».

Нами отмечены 60 фразеологических оборота русского языка и 120 татарского с данным компонентом.

Область нашего исследования - анализ русских и татарских фразеологизмов со словами «сердце» / «йөрәк» - является актуальной темой на сегодняшний день. Данная работа может помочь в исследованиях сопоставительной фразеологии. Цель данного исследования – проведение сопоставительного анализа разноязычных фразеологических оборотов с компонентами «сердце» / «йөрәк».

Синхронное сопоставление фразеологических оборотов двух языков, принадлежащих к разным языковым семьям, в каждой из которых присутствует компонент «сердце» / «йөрәк», выявило сходство и различия данных фразеологизмов на лексико-грамматическом и семантическом уровнях.

Фразеологизмы с компонентами «сердце»/ «йөрәк» имеют очень близкое семантическое сходство только в 43 случаях, что составляет 72% от их общего количества в русском языке и 36% - в татарском.

Подавляющее большинство фразеологизмов (63.3% в русском языке, 61% - в татарском) относится к разряду безэквивалентных фразеологизмов. Некоторые безэквивалентные ФЕ русского и татарского языков совпадают по своей семантике (в качественно-оценочной характеристике человека: искренность; в психическом состоянии человека: душевные страдания, предчувствие беды, страх, не нравится что-либо). Но существуют и ФЕ (III и IV разряды), специфичные только для одного из сопоставляемых языков (практическая деятельность человека и формула речевого этикета).

Следовательно, проанализированный нами материал отражает одновременно два противоположных по своей сущности фактора – универсальность законов мышления и национальную специфику образного видения мира различными народами.

ИНТЕРФЕРЕНЦИЯ В ТАТАРСКИХ ЭРГОНИМАХ

Галимова Л.Р.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.фил.н., ст.преп. Амирова Р.М.**

Функционирование эргонимов (названий городских объектов) в поликультурной и билингвальной среде имеет как положительные, так и отрицательные стороны. Проблемы функционирования эргонимов в условиях двуязычия обусловлены нерешённостью проблемы выработка единых лингвистических критериев в области эргонимии.

В данной статье анализируется специфика функционирования татарской эргонимии в условиях двуязычия и рассматривается явление интерференции в эргонимическом пространстве г. Казани. Случаи отклонения от языковых норм в сфере эргонимии тесно связаны с интерференцией. Исследование современных татарских эргонимов позволило сделать вывод о том, что ограничивать интерференцию как явление, характерное преимущественно для устной речи, не совсем объективно. В связи с появлением новых эргонимов интерференция проявляется и на языковом уровне. Каждое название несёт в себе определённую информацию, в названиях отражаются нравы, обычаи, традиции и культурные взаимосвязи совместно проживающих народов. Кроме того, огромную роль играет психологический фактор: татарские специфичные фонемы и лексические единицы, которые представляют определённые трудности при произношении для русскоговорящих, сознательно вытесняются номинаторами из эргонимов и заменяются русскими фонемами. Незнание татарского языка, а в некоторых случаях сознательное смешение языковых явлений татарского и русского языков приводят к проявлению отрицательной интерференции. Кроме лексико-семантической и орфографической интерференций, в названиях бюджетных организаций выявлена и синтаксическая интерференция, которая наблюдается при образовании сложных слов, синтаксических структур по моделям русского языка:

ОТРАЖЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ РОДНОГО ЯЗЫКА И НАРОДА В ТВОРЧЕСТВЕ АМИРХАНА ЕНИКИ

Аюпова Г. И.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.фил.н., ст.преп. Амирова Р.М.**

Язык каждого народа является полнейшим отражением родины и духовной жизни народа Татарская литература как учебный предмет несет чрезвычайно высокую познавательную ценность: привитие чувства любви к родному языку, воспитание личности с высоким чувством патриотизма и др.. В данной статье анализируется творчество татарского писателя Амирхана Еники, который в своих произведениях поднимал проблемы татарского языка, взаимоотношений людей, темы патриотизма, нравственности, учитывая права и интересы других народов и национальностей республики. Он призывал современников вспомнить о своих истоках, уважать родной язык, обычаи и традиции, почтительно относиться к памяти предков. Отличительной чертой творческого мышления А.Еники был строгий историзм, опора на классические традиции. Он всеми силами пытался восстановить разорванную классовую ненавистью преемственность поколений, утраченное некогда единство национального культурного процесса. Вот почему его так увлекали образы прошлого, олицетворявшие гордость татарского театра, музыки, литературы. Его немногочисленные рассказы и повести, публицистические выступления, звучавшие диссонансом традиционному идейно-художественному содержанию татарской советской литературы, и сегодня увлекают читателя канонической красотой родного языка, изящностью стиля, искренностью чувств, правдивостью характеров и поразительной современностью, помогающей находить ответы на самые серьезные вопросы нашего непростого времени.

ЯЗЫК ДУШИ МОЕЙ

Юнусова В.Н.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.фил.н., ст.преп. Амирова Р.М.**

В мире насчитывается около 5600 языков, среди них татарский язык занимает 14-е место. По численности татары на втором месте в России.

Цель данной работы выявить и показать отношение татарского народа к родному языку. Любим ли мы свой родной край, свой язык, свою историю? Знаем ли мы о достижениях наших соотечественников, которые внесли вклад в мировую цивилизацию? Умеем ли правильно говорить на татарском языке? Язык народа – это неувядаемый и бессмертный цвет всей его духовной жизни, показатель сознания. В языке, воплощена творческая сила духа нашего народа. Меняются поколения, но плоды их творческой работы остаются в языке как наследие потомкам. Благодаря родному языку и творчеству Шигабутдина Марджани, Ризатдина Фахретдина, Кул Шарифа, Гаяза Исхакий, Габдуллы Тукая, Дартмана Рамиева, и др., мы получаем основательные знания об истории татарского народа, вероисповедании, взглядах, заботливо сохраненных нашими дедами и прадедами. Если исчезает язык – исчезает и народ. И наоборот, пока язык народа в его устах, до тех пор живёт и народ. Народная мудрость гласит: если отобрать у народа все – он все может возратить, а если отобрать язык, то он никогда уже не создаст его. Народ даже может создать новую родину, но тот народ никогда больше не сможет возродить свой язык. Теряя родной язык, вместе с ним народ теряет и многовековые духовные достояния, и богатство народного творчества, которые сохраняются в песнях и легендах, сказках, поговорках и рассказах. Без языка беднеет душа, вырождается народ, теряя свои духовные силы.

Итак, наш татарский язык является важнейшей, богатейшей и крепчайшей связью, которая объединяет настоящее и прошлое, отжившие и будущие.

ЛАТИНСКИЕ ЗАИМСТВОВАНИЯ В ИНДОЕВРОПЕЙСКИХ ЯЗЫКАХ.

Семёнова М.В.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.фил.н., ст.преп. Киндирович А.И.**

Латинский язык относится к числу индоевропейских языков. Вместе с древними осским и умбрусским языками, латинский язык составляет итальянскую ветвь индоевропейских языков. С развитием древней Италии латинский язык вытеснил остальные итальянские языки и занял господствующее положение в Средиземноморье. Классическая латынь – литературный язык, который достиг наибольшей выразительности и синтаксической стройности. Период классической латыни длится с 1 в. до н.э. до 1 в. н.э. Постклассический период включает язык римской художественной литературы и продолжается с 1 по 3 в. н.э.

Поздняя латынь- эпоха поздней империи и возникновения варварских государств. Этот период продолжается с 3в.н.э. по 4в.н.э. Из соединения латинского языка с местными племенными языками впоследствии образуется основа для создания и развития современных языков. Латинизмы отражены в языках романской, германской, балто-славянской групп. Это можно проследить в таких словах как: лат.: corpus, oris n; filia, ae f; femina, ae f; mater, matris f; рус.: корпус, корпускула, корпорация, корпоративный; филиал; феминист, феминизация; мать; франц.: corps m; fille f; femme f; mere f; нем.: Körper m; Filiale f; Femininum n; Mutter f; англ.: corps; filial; feminine; mother соответственно. Таким образом видно, что латинский язык проник во многие языки мира и латинские слова становятся составной частью лексики других языков. Речь может идти от прямых заимствований до создания производных от латинского первоисточника. Так, в русский и другие европейские языки вошли многие слова латинского происхождения, например: опера, солист, активный, акция, мотор, доктор, доцент, студент, экзамен, армия, радио, трансляция, факультет, аспирант, лаборатория, аудитория, арматура, конструкция, радиий, трансмиссия, империя, республика, демонстрация, артист, культура, инструмент, спектакль, декорация и др. Наличие подобных заимствований обогащает язык синонимическим рядом.

ЧАСТОТНО-СЕМАНТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ

Сабирова Л.А.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.фил.н., ст.преп. Гайфуллина А.Г.**

Создание специализированного словаря по офтальмологии является чрезвычайно важным. Подлинное понимание структуры органа возможно тогда, когда четко понимается значение каждого элемента. Была сделана выборка в количестве 122 слов, которые, на наш взгляд, требуют тщательного анализа. Наиболее продуктивным способом образования терминов греко-латинского происхождения является словосложение (при помощи соединительной гласной) и сращение (когда один терминологический элемент присоединяется к другому без соединительной гласной). Выделено 42 однокорневых, 76 двухкорневых, 4 трехкорневых термина. Доминируют двухкорневые термины. Нам потребовалось выяснить частотность употребления терминологических элементов в офтальмологии. Терминологический элемент keras, keratos-рог (роговица) встречается 15 раз, blepharon(веко)-13, ophthalmos(глаз)-12, retina(сетчатка)-6, ops(глаз)-5, dacryon(слеза)-5, iris, iridis(радуга)-4, scleros(твердый)-5, pathos(страдания)-4, micros(малый)-4, uvea(сосудистая оболочка глаза)-3, plege(удар, поражение)-3. Наиболее актуальными являются термины: keras, keratos; blepharon; ophthalmos. Это объясняется тем, что чаще всего поражаются именно эти отделы органа зрения. Некоторые термины встречаются реже, один или два раза. Однако их нельзя считать неактуальными. Они также могут образовывать названия очень серьезных заболеваний.

УПОТРЕБЛЕНИЕ ТАТАРСКИХ ФРАЗЕОЛОГИЗМОВ В НАЗВАНИЯХ БОЛЕЗНЕЙ

Язитова Р.А.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.фил.н., ст.преп. Амирова Р.М.**

В языке каждого народа имеются образные меткие выражения, сочетания слов, которые отражают национальный колорит языка. Эти устойчивые выражения называются фразеологизмами. Фразеологизм или фразеологический оборот – это устойчивое сочетание слов, которое выполняет роль единой лексической единицы и, в большинстве случаев, его можно легко заменить одним словом. Практически каждый язык имеет свои специфические фразеологические фразеологизмы, в большинстве случаев неперебиваемые на другие языки. Исключение разве что могут составить лексически и грамматически близкородственные языки, в которых могут быть общие фразеологические или они могут свободно переводиться без ущерба изначальному лексическому значению фразеологизма и его образной выразительности. В данной научной работе объектом нашего исследования стали татарские фразеологизмы, выражающие отношения к медицине (названия частей тела, внутренних органов, болезней и т. д.). Для исследования нами было отобрано 50 фразеологизмов. И как оказалось, среди отобранных, больше всего встречаются фразеологизмы со словами "голова" – 7 (Баш чатнау, баш катырырга), "глаз"- 5 (куз-колак булырга), "рука"-3 (биш куллап, ярдам кулы сузарга), "язык"-3 (тәмле телле), "сердце"-5 (йөрәк бавырларын ашау, йөрәгем эреде).

ПРИЧАСТИЕ В СИСТЕМЕ ЧАСТЕЙ РЕЧИ ТУРКМЕНСКОГО И РУССКОГО ЯЗЫКОВ

Атаева Солтангозел

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.п.н., ст.преп. Балтаева В.Т**

Причастие - это одна из самых сложных частей речи. В причастиях заложены признаки глаголов и прилагательных. Общие признаки прилагательных и причастий в русском языке проявляются в согласовании с определяемыми словами в роде, числе, падеже. При склонении принимают падежные окончания прилагательных. В предложении выступают в роли определения, подлежащего, сказуемого.

Причастия в туркменском языке содержат в себе признаки глагола, имен прилагательного и существительного. В предложении они выступают в роли подлежащего, сказуемого, определения, дополнения и обстоятельства. Например: Gidengetirer, outrannyrhsorag - Идущему даётся, сидящему просить придётся. «Giden, outran» - подлежащее. Gorkanagoşagorner - У испугавшегося всё двоится. «Gorkana» - дополнение. Olokuwagiden. - Уехавший на учёбу. «Giden» – сказуемое.

Полные причастия в русском языке склоняются как прилагательные. Действительные причастия склоняются как качественные и относительные прилагательные с мягкой основой, а страдательные причастия – как прилагательные с твердой основой.

В туркменском языке причастия могут быть настоящего, прошедшего, и будущего времени, образуются посредством аффиксов - джак-, -джек-; -ар-, -ер- в положительной и -маджик-, -меджик- в отрицательной формах.

Отличия глаголов и причастий будущего времени в туркменском языке сводятся к следующему:

1. Глаголы с аффиксами - джак-, - джек; -ар-, -ер- по синтаксическим функциям являются в предложении сказуемыми, а причастия - определениями. Например: oglanokajak - мальчик будет учиться: okajak - сказуемое; okajakoglan - учащийся мальчик - определение.

2. Глаголы на - джак-, джек- не имеют личных окончаний, а причастия согласуются с существительными в числе и падеже.

В русском языке причастия являются принадлежностью литературного языка: они отсутствуют в диалектах и не встречаются в разговорной речи. В туркменском языке причастия встречаются в литературном языке и в разговорной речи.

В книжной речи в русском и в туркменском языках причастия представляют одно из необходимейших средств. В русском языке это связано со сжатостью речи. Сравните: предприятия, досрочно выполнившие план и предприятия, которые досрочно выполнили план. В туркменском языке причастия не имеют аналогов.

ЛЕКСИЧЕСКИЕ ЕДИНИЦЫ СО ЗНАЧЕНИЕМ «ДРУЖБА» В РУССКОЙ И ТУРКМЕНСКОЙ ЯЗЫКОВОЙ КАРТИНЕ МИРА (НА МАТЕРИАЛЕ ПОСЛОВИЦ И ПОГОВОРОК)

Нургельдиева Тавус
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.п.н., ст.преп. Балтаева В.Т

В наши дни актуальным направлением является сопоставительная лингвокультурология. Она занимается сравнением этноязыковых картин мира посредством анализа языковых единиц.

Пословицы и поговорки являются хранителями традиций и транслятором культуры. Пословицы и поговорки - это устойчивые, краткие, изречения, отражающие накопленный опыт и жизненные наблюдения народа. У каждого народа своё понимание мира, которое соединяет общечеловеческие и народные ценности. Одной из таких общечеловеческих ценностей является дружба.

Рассмотрим особенности лексических единиц со значением «дружба» в русских и туркменских пословицах и поговорках с целью выявления представлений о дружбе.

В русском языке слово «друг» толкуется - «тот, кто связан с кем-либо дружбой». «Дружба» - близкие отношения, основанные на взаимном доверии, привязанности. Друг - это человек, к которому испытывают доверие, привязанность. Слово «дружба» в русском языке сочетается с прилагательными «старая», «долгая», «многолетняя», «настоящая», «прочная», «крепкая», «бескорыстная». Дружеские отношения формируются годами. Многолетняя дружба является настоящей: Не узнавай друга в три дня, узнавай в три года. В туркменской культуре также ценится давняя дружба: Dostunybiryuldatarypbilmersin, yonebir-sagatdayitiripbilersin. - Друга невозможно найти за один день, но можно потерять за один час, поэтому так важно, какой рядом друг.

В русских пословицах и поговорках существительное «друг» сочетается со словами «новый» и «старый».

«Старый друг» - это человек, которому можно доверять, он надёжен, в отличие от новых друзей. Старый друг лучше новых двух. Сравним с туркменской пословицей: Zadyntazesidostunkonesi. - Лучшие одежды новые, лучшие друзья - старые. Старый друг - это человек, который проверен в критической ситуации. В русских пословицах и поговорках данная ситуация репрезентируется с помощью слова «беда»: Друг познается в беде. В туркменском языке есть такая же пословица: Dostunykyngunundetana.

«Новый друг» - это человек, которому нельзя доверять, он не испытан, не надёжен. В туркменских пословицах и поговорках нет подобных сравнений.

Представления о дружбе русского и туркменского народов схожи.

СХОДСТВО И РАЗЛИЧИЕ ГЛАГОЛЬНЫХ СИСТЕМ РУССКОГО И ТУРКМЕНСКОГО ЯЗЫКОВ

Атаева Солтангозел
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.п.н., ст.преп. Балтаева В.Т

Грамматический строй русского и туркменского языков имеет ряд сходных и различных черт. Наиболее значимой является глагольная система. В русском и туркменском языках глагол обозначает действие или состояние предмета. Сопоставительный анализ глагольных систем двух языков сводится к следующему: 1) категории русского глагола, полностью совпадают с аналогичными категориями в туркменском языке; 2) категории русского глагола, частично совпадают с аналогичными категориями в туркменском языке; 3) категории русского глагола, отсутствуют в туркменском языке; 4) категории туркменского глагола, отсутствуют в русском языке.

К полностью совпадающим глагольным категориям относятся категории лица, числа. При изменении по лицам и числам у русских и туркменских глаголов меняются окончания (я читаю - мен окаярын, ты читаешь - сен окаярсын).

К частично совпадающим глагольным категориям относятся категории наклонения, времени, вида глагола. Наблюдается сходство в особых формах глагола – причастии, деепричастии. В русском и в туркменском языках, существует изъявительное, условное, повелительное наклонения. В туркменском языке - желательное наклонение. Имеется прошедшее, настоящее, будущее время. В туркменском языке будущее время имеет две формы: определенную (обозначает действие, которое обязательно произойдет) и неопределенную (обозначает действие, в реальности которого говорящий сомневается). Будущее простое и сложное в языках схожи по значению. Будущее простое образуется от глаголов совершенного вида, которые обозначают действия с указанием на его предел (начало (он запоет), конец (он допоет)). Будущее сложное образуется от глаголов несовершенного вида, которые обозначают действия без указания на наличие предела (он будет петь).

Глаголы движения в туркменском языке не дифференцируются. В туркменском языке глаголы идти - ходить, ехать - ездить представлены одной общей лексемой (гитмек), глаголы нести - носить, везти - возить (дашамак). При изучении данных глаголов необходимо акцентировать внимание на наречиях туда - сюда (анарык - бырик), характеризующих разнонаправленные глаголы. Объясняя разницу между глаголами идти и ехать можно указать на наличие в туркменском языке глагола йоремек, что означает идти пешком.

РУССКИЕ И ТУРКМЕНСКИЕ ПОСЛОВИЦЫ О ТРУДЕ

Гочмырадов Гайгысыз
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.п.н., ст.преп. Балтаева В.Т

В пословицах и поговорках отражаются общечеловеческие и народные ценности. Часто они пересекаются, поэтому так много в разных языках очень похожих по значению пословиц и поговорок, различаются в семантике и в форме.

Проанализируем русские и туркменские пословицы и поговорки о труде с целью выявления представлений данных народов о работе. В русском языке слово «труд» имеет значение «работа, умственное или физическое, направленное на достижение чего - либо». В туркменском языке «труд» - деятельность человека, которая создаёт материальное или духовное богатство.

В большинстве русских и туркменских пословиц и поговорок в центре внимания - физический труд. Прежде всего, это земледельческий и ремесленный труд. Жизнь земледельца связана с законами природы. Человек живёт, так как живёт земля, растения, животные. В пословицах и поговорках о физическом труде реализуются мифологические представления: связь человека со всем живым на земле. Крестьянин должен вставать с восходом солнца, чтобы многое успеть сделать. В русском и туркменском языках много пословиц и поговорок со словами со значениями «рано», «поздно». Русские: Кто рано встаёт, тому Бог даёт; На чужой каравай рот не разевай, а пораньше вставай да свои затевай. Туркменские: Irturanisindendynar - Кто рано встаёт, тот справляется с делами; Islemedik - dislemez - Кто не работает, тот не ест. Труд связан со временем года. В русских пословицах и поговорках часто встречаются слова, обозначающие времена года. Русские: Готовь сани летом, а телегу зимой; Летний день год кормит. Туркменские: Bahargulebaugyuzbala - Весна богата цветами, а осень медами; Yazungunigysynyulynyumitlendirer - Весенний день год кормит. Работа имеет результат. Плоды земледельческого труда - это продукты. В русских пословицах главным результатом работы является хлеб: Была бы голова на плечах, а хлеб будет. В туркменских пословицах и поговорках функционируют разные лексические единицы - «хлеб», «рис», «хлопок».

Таким образом, сравнение русских и туркменских пословиц и поговорок о труде показало, что в основе представлений обоих народов о работе лежат общечеловеческие ценности связи человека с природой. «Труд» понимается народами одинаково. Различия обусловлены объективными условиями жизни данных народов.

ГРЕЧЕСКИЕ ТЕРМИНОЭЛЕМЕНТЫ В МНН ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Оразклычева О.Б.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.фил.н., доц. Николаева Н.Г.

В 1950 году специалисты Всемирной организации здравоохранения создали систему Международных непатентованных наименований (МНН). Каждое новое название ЛС публикуется в журнале ВОЗ «Drug Information» на трех языках: английском, французском и испанском, а также включает латинский вариант. Затем МНН переводится на арабский, китайский и русский язык.

Тут и возникают трудности перевода. Чтобы их минимизировать, специалисты МНН разработали свою собственную систему приставок, суффиксов и корней, которая постепенно развивается в полноценную дисциплину. Чаще всего название ЛС составляется из наборных элементов греческого и латинского происхождения таким образом, чтобы из него можно было почерпнуть информацию о характеристике ЛС (его составе, терапевтической направленности, форме и т.п.).

Названия многих ЛС образованы из часто встречающихся в медицинской терминологии древнегреческих слов и словообразующих элементов. Часто названия могут давать представление о терапевтическом эффекте лекарства, например: энтеросептол (enteron "кишечник", sepsis "гниение"), ангиотрофин (angeion "сосуд", trophe "питание"), анальгин (an – отрицательная приставка, algos "боль") и т.д.

Греческие элементы могут давать и другую информацию о ЛС. Например, название фитолизин говорит о составе данного средства (phytos "трава, растение") и об особенностях его применения (lysis "растворение"). Название поливакцина дает представление о количестве действующего вещества (poly "много" + лат. vaccinum) и т.п.

Некоторые элементы особенно частотны. Так, корень кард(о)- от греч. kardia "сердце" образует названия многих сердечных препаратов: кардиовален, кардиомагил, кардикс, кардиостатин, кардитрим и т.п. Диагностическое контрастное средство называется кардиотраст (кардио- + (кон)траст). По той же модели образуются названия других подобных средств – также с использованием греческих корней: уротраст (uron "моча"), холетраст (chole "желчь"), ангиотраст (angeion "сосуд") и т.п.

Другой распространенный элемент – пир(о)- (от греческого pyr "жар", "огонь"). Он употребляется в названиях жаропонижающих и болеутоляющих препаратов: амидопирин, антипирин, реопирин и пирабутол, пиранал, пирафен, пиркофен и т.п. Противоположным действием обладает пирогенал.

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ В АЗЕРБАЙДЖАНЕ

Гусейнова Гунай
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.п.н., ст.преп. Балтаева В.Т

Медицина в Азербайджане имеет древнюю историю, уходящую корнями вглубь тысячелетий. Уже в те далекие времена местные врачеватели умели проводить очень сложные хирургические операции.

Историю развития медицины в Азербайджане делится на четыре периода развития: первобытный, древнейший, эллинистический, средневековый исламский и современный.

В доисторические времена медицина древнего Азербайджана существовала в форме народного врачевания, опыт которого передавался из уст в уста. В далеком прошлом врачевание осуществлялось шаманами, жрецами, первыми профессиональными целителями. Основными методами лечения были магия и шаманизм. Шаманы, которых называли словом «гам» или «кам» (отсюда происходит слово «камлание»), практиковали специальную лечебную музыку, танцы (гам ойуну), а также психологическое воздействие на пациента (внушение, гипноз). В качестве элемента психологического воздействия использовались различные струнные, духовые и ударные инструменты, в том числе шаманский бубен. Еще с древних времен предки азербайджанцев,

тюрки огузы, использовали в лечебных целях множество дикорастущих растений. Одним из тюркских названий лекарства было «ота» (от слова «от» - трава). Народные лекари, именовались «отачи», т.е. «травники». В тюркском героическом эпосе «Книга деда моего Горгуда» описано лечение раненого бойца лекарственными травами: «Исцелит тебя горный цветок и молоко матери - говорил Горгуд. Как сказал он эти слова, сорок стройных дев побежали, горных цветов нарвали. Молоко смешали с горным цветком, к ранам юноши приложили. Врачевателям юношу поручили». Тюрки Азербайджана почитали и обожествляли растения, у них был распространен культ богини воды, трав и деревьев.

Врачи того периода широко использовали для припарок и компрессов хвои сосны и пихты. Считалось, что эти компрессы вытягивают гной и исцеляют раны. В медицинских целях использовали также алоэ древовидное, плоды граната и белену черную. Отвар кожуры, цветков и коры корней граната был известен как средство от поноса. Кожура граната используется в народной медицине Азербайджана с той же самой целью и поныне.

Таким образом, медицина в Азербайджане имеет очень древние корни, а врачи внесли вклад в формирование Восточной медицины и способствовали развитию медицины в древней Греции.

НАЦИОНАЛЬНО-КУЛЬТУРНАЯ СПЕЦИФИКА ИНДИЙСКИХ ЛИЧНЫХ ИМЕН

Шарма Нитин

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - д.фил.н., доц. Чевела О.В.

Исследование посвящается особенностям ономастической лексики.

Цель работы – проанализировать особенности индийских собственных имен, выявить национально-культурные особенности номинации. Особое внимание уделяется анализу собственных имен, появление которых связано с мифопоэтической картиной мира. Проводится сопоставление с материалом русской ономастики.

Методы исследования: сравнительно-исторический, метод компарации (сравнения).

В различных языках и национальных культурах существуют географические наименования, связанные с историческим прошлым народа, его мифами и легендами. Эти топонимы обусловлены мифологическим типом мышления и порожденной им мифопоэтической моделью мира. Например, к мифу восходит название индийской реки Ганг (Ганга). Миф о Ганге содержится в древнеиндийском эпосе «Махабхарата». Легенды о союзе водного божества «Духа реки» и человека встречаются у различных народов. В русском фольклоре это сказки о водяном.

Проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы: 1) в топонимах отражается как общее, универсальное, так и национально-специфическое; 2) происхождение имен собственных связано с устной традицией, их история дает богатый материал о быте и культуре народа, его религиозных представлениях.

ВЕДИЙСКАЯ ЛИТЕРАТУРА И МИФОЛОГИЯ ДРЕВНИХ ЦИВИЛИЗАЦИЙ

Упадхийай Самрит

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - д.фил.н., доц. Чевела О.В.

Исследование посвящается вопросам взаимодействия языка и культуры.

Проблема взаимодействия языка и культуры формируется еще в период античности, где культура тесно связана с религией и имеет еще культовый характер. Развитие языка и культуры взаимосвязано и обусловлено развитием общества, социальной деятельностью людей.

Объектом исследования являются древнейший памятник ведийской литературы – «Брахманы».

Цель работы – на материале ведийской литературы рассмотреть особенности некоторых древнеиндийских мифов и легенд, установить сходства и различия, связанные с бытованием мифа в культурном наследии других народов, выявить национально-культурные особенности мифопоэтической картины мира.

Методы исследования: описательный метод, метод компарации (сравнения).

В «Брахманах» содержится индийская версия мифа о Всемирном потопе. С древних времен у жителей Европы, Азии, Америки и Австралии существует более 200 легенд о потопе, сюжеты которых имеют большое сходство. В частности, в индийском варианте мифа находит подтверждение и версия существования ковчега (корабля).

Описание мифопоэтической картины мира дает богатый материал для лингвострановедения и сопоставительной лингвокультурологии.

БХАГАВАТ-ГИТА КАК ПАМЯТНИК ДРЕВНЕИНДИЙСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Чеван Мэйэн Виджей

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - д.фил.н., доц. Чевела О.В.

В настоящее время актуальны исследования, связанные с изучением духовного наследия и национальной культуры. Взаимодействие языка и национальной культуры положено и в основу новой языковой дисциплины - лингвокультурологии.

Объектом исследования является древнейший художественный и религиозный памятник индуизма – Бхагавад-Гита «Божественная песнь», духовная сущность индийского эпоса. Социальный фон эпоса составляет система четырех варн: брахманов – священнослужителей, кшатриев – воинов, вайшьев – торговцев, ремесленников и земледельцев и шудр – наемных работников и рабов.

Цель работы – проанализировать особенности употребления древнейших социально-политических и философских терминов, особенности их этимологии и перевода на русский язык.

Методы исследования: этимологический, сравнительно-исторический.

Один из наиболее интересных социальных терминов, встречающийся в тексте Бхагавад-Гиты – термин агуа «ариец». Этот этноним первоначально использовался для социальной характеристики, а затем стал значением социальной общности. Термин агуа характерен уже для ранней традиции как Индии, так и Ирана.

Изучение древнеиндийской литературы дает богатый материал не только для сравнительно-исторического языкознания, но и для сопоставительной лингвокультурологии.

ОСОБЕННОСТИ ГРАММАТИКИ УЗБЕКСКОГО ЯЗЫКА

Мирзаев Адхамжон

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.п.н., ст.преп. Балтаева В.Т

Грамматика узбекского языка имеет следующие специфические черты:

1. В предложениях используется следующая синтаксическая структура: подлежащее - дополнение - сказуемое. Men kitob yozdim (Я книгу написал)
2. Прилагательное ставится перед определяемым существительным: U yosh bola (Он маленький ребенок)
3. Наречие ставится перед глаголом: U tez gapirdi (Он быстро говорил)
4. Вопросительное слово используется в предложении, содержащем ответ на вопрос: Bu kim? Bu Aziz. (Это кто? Это Азиз.)
5. Послелogi используются, исключая некоторые имена существительные: Biz non haqida gapirdik (Мы о хлебе говорили). Имена существительные обозначают предмет, явление, местоимения - субъект, лицо. Некоторые морфологические особенности узбекского языка напрямую связаны со спецификой национального менталитета.

Особенностью имен существительных в узбекском языке является разнообразная аффиксация. Весь словарный состав представляет собой многочисленные комбинации определенных основ с различными по значению и функциям аффиксами. Это языковое явление можно объяснить национальной особенностью узбекского сознания: неизменяющаяся основа комбинируется со стабильными приложениями, в результате чего меняется все целое.

Изучив систему аффиксации, можно отметить определенный порядок следования аффиксов в случае одновременного употребления нескольких аффиксов:

1. аффикс, используемый для словообразования
2. аффикс, имеющий значение множественности
3. аффикс, обозначающий личную принадлежность
4. аффикс, выражающий категорию падежа

Трудно определить, действительно ли категория множественности более значима, чем категория принадлежности, ведь все эти категории присутствуют в узбекском языке, употребляются независимо друг от друга. Каждый предыдущий аффикс одновременно выполняет функцию определителя для следующего за ним аффикса и определяемого для предшествующего.

В случае добавления к основе глагола сразу нескольких аффиксов, они употребляются в следующем порядке:

1. основа глагола
2. показатель залога
3. показатель наклонения
4. показатель времени
5. показатель лица и числа

Сначала называется действие, затем определяется характер связи этого действия с его исполнителем, отношения данного действия к реальности, время выполнения действия, также лицо, совершающее данное действие.

СРАВНЕНИЕ ФРАЗЕОЛОГИЗМОВ АНГЛИЙСКОГО И РУССКОГО ЯЗЫКОВ

Тайво Темидайо Джерри

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.п.н., ст.преп. Балтаева В.Т

Одним из источников образной и выразительной речи английского и русского языков являются, фразеологизмы.

Мир фразеологии русского и английского языков велик и многообразен.

Фразеологизмы – это готовые сочетания слов. Они не производятся в речи подобно свободным словосочетаниям типа: новый дом, жаркое лето, а воспроизводятся. Если говорящему надо употребить фразеологизм, то он извлекает его из запасов своей памяти, а не строит его заново. Это свидетельствует о предсказуемости компонентов фразеологизмов. Другое важное свойство фразеологизмов в том, что смысл каждого не складывается из смыслов входящих в него слов.

Некоторые лингвисты утверждали, что фразеологизмы непереводимы на другие языки. И действительно, огромный пласт фразеологизмов, которым нет аналогов в английском языке: повесить нос, один как перст, без царя в голове, душа в пятки ушла, а Васья слушает да ест. Многие из них родились в произведениях русских писателей.

При сравнении других фразеологизмов в английском и русском языках имеются сходные по структуре фразеологизмы.

Игратьсогнем – to play with fire; сжигатьмосты – to burn bridges; нетдымабезогня – there is no smoke without fire.

Часть этих идиом являются уже интернациональными, и на исконность их претендуют разные языки.

Следующие выражения весьма сходны в русском и английском языках:

Труднотолькопервыйшаг – it is the first step that costs; аппетитприходитвовремяеды – appetite comes with eating. Эти фразеологизмы потеряли свою связь с языком-источником. Они являются точными кальками французских. Названия частей тела являются одними из наиболее часто участвующих слов в образовании фразеологизмов. Они имеют символический характер и образы, понятные для носителей русского и английского языков: видимо, используя названия частей тела в переносном значении, человек старается полнее передать свои мысли и произвести большее впечатление от сказанного. И что самое интересное, образы сходны в языках.

To have a good head on the shoulders – Иметь голову на плечах. To wash one's head – намылитьголову (шею).To be all eyes – смотреть в оба.

С помощью фразеологических выражений усиливается понимание языка. Изучение фразеологии составляет необходимое звено в усвоении языка и повышении культуры речи.

ТРУДНОСТИ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ ПАДЕЖА В РУССКОМ ЯЗЫКЕ

Патхан Биалал

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.п.н., ст.преп. Балтаева В.Т

Одним из трудностей студентов при изучении русского языка считается употреблении падежа. Отсутствие категории падежа в некоторых языках усложняет дело. В русском языке большинство частей речи изменяются по падежам и принимают

окончания, передают нужное мнение, применяются соответствующие окончания. В русском языке части речи в категории падежа как, имя прилагательное и числительное зависимы от существительного. В грамматике персидского языка отсутствует такая грамматическая зависимость. Отсутствие падежных окончаний очень усложняет усвоение, обучение категории падежа русского языка, затрудняет их в употреблении нужного падежного окончания, а также подбора с учетом зависимости частей речи друг от друга. В некоторых языках, 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 падежной системой и предлогами.

Из-за отсутствия четких разграничений в употреблении между предлогами В и НА в предложном падеже, не правильное понятие данных предлогов в П.п. и В.п. и их внешняя схожесть приводит к не правильному употреблению нужных окончаний. Например отвечая на вопрос Где вы берёте книги? (большая библиотека), студенты могут ответить На большой библиотеке. На вопрос Где живёт ваш брат?. (север) могут ответить Мой брат живёт в севере.

В русском языке в Д.п. предлог (к) употребляется в зависимости от ситуации передаваемого предложением. На вопрос Кому вы пишете письма? (младший брат) могут ответить Мы пишем письма к младшему брату. Студенты допускают эти ошибки, потому что употребляют предлог (к) русского языка путем его перевода с родного языка на русский. Похожая ситуация происходит и с предлогом (с) в русском языке.

Студенты имеют большие трудности при употреблении разновидности падежных окончаний.

ОДНОСОСТАВНЫЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ В РУССКОМ И ТАДЖИКСКОМ ЯЗЫКАХ

Бурхонзода Хайрутдин

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.п.н., ст.преп. Балтаева В.Т

В русском и таджикском языках имеются односоставные предложения, что свидетельствует о родстве языков.

В русском и таджикском языках выделяются определено-, неопределенно-, обобщенно-личные и безличные предложения.

Отсутствие инфинитивных предложений в таджикском языке объясняется морфологической спецификой грамматического строя таджикского языка.

Каждый тип односоставных предложений имеет свои структурные особенности, разновидности, сферу распространения и стилистического использования.

При всем разнообразии способов выражения главного члена односоставных предложений можно отметить формы, закрепившиеся за определенными разновидностями их в качестве основных. Для определения их разновидности, для отграничения их друг от друга, недостаточно знания способа выражения главного члена, необходимо учитывать и семантику предложения.

В функционировании определено-личных предложений в русском и таджикском языках, несмотря на семантическую общность, имеются некоторые различия: в таджикском языке определено-личные предложения могут быть глагольными и именными. Поэтому таджикские именные определено-личные предложения передаются на русский язык двусоставными; определено-личные предложения в русском языке имеют сказуемое в формах настоящего и будущего времени индикатива и в форме императива. Поэтому все таджикские определено-личные предложения со сказуемым в формах прошедшего времени передаются двусоставными и, наоборот, русские двусоставные предложения со сказуемым в формах прошедшего времени в таджикском языке передаются очень часто определено-личными, так как таджикские контекстуально-стилистически обусловленные определено-личные предложения не знают ограничений в формах времени и наклонений. Это связано с особенностями морфологического оформления сказуемого этих предложений.

В русском и таджикском языках неопределенность производителя действия (личность) может быть абсолютной или завуалированной, что более свойственно таджикскому языку. Вследствие этого подгруппы неопределенно-личных предложений в русском и таджикском языках не совпадают.

Структурно-семантический анализ односоставных предложений в русском и таджикском позволяет сделать шаг вперед в вопросах классификации односоставных предложений в этих языках.

ЛАТИНСКИЙ ЯЗЫК В СИСТЕМЕ ОБРАЗОВАНИЯ КАЗАНСКОГО ИМПЕРАТОРСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Маханова А.М.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – к.фил.н., ст.преп. Гайфуллина А.Г.

Казанский государственный медицинский университет является крупнейшим учебным заведением РФ. Однако чтобы понять современные достижения, нужно обратиться к истокам создания Казанского Императорского университета. Казанский Императорский университет был образован в 1804г. и стал научно-образовательным центром дореволюционной России. Следует обратить внимание на то, что обучение студентов велось на базе латинского языка. Торжественные актовые речи перед началом учебного года произносились на латинском языке. Такие профессора как И. П. Каменский, П. С. Карейша, И. О. Браун, Ф.Х. Эрдман, А. И. Арнгольт, Э. О. Вердерало, А. П. Владимирский, А.Е.Лентовский – создавали курсы медицинских направлений на латинском языке. Эммануил Осипович Вердерало, руководя кафедрой хирургии и повивального искусства, читал лекции студентам на латинском языке. На кафедре веществословия и врачебной словесности проводились курсы, дающие знания по фармакологии, фармации и рецептуре. Данные дисциплины, безусловно, требовали от студента знания и хорошего понимания латинского языка, в основе которых он лежал. Медицинская терминология и латинский язык прочно связаны, и представить одно без другого не возможно. Знание языка вместе с профессиональными знаниями помогали студенту изучению медицинской литературы.

ВЕЛИКИЙ ПОЭТ АЗЕРБАЙДЖАНА

Гусейнов Нихад

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.п.н., асс. Никитюк В.П.**

Низами Гянджеви - псевдоним, настоящее имя - Ильяс Юсиф оглу родился в семье ремесленника. По собственной инициативе основательно овладел науками средних веков, особенно преуспев в изучении устного и письменного творчества народов Ближнего Востока.

Отказываясь от предложений стать придворным поэтом, всю свою жизнь прожил в Гяндже, зарабатывая на хлеб своим трудом. Все его произведения, каждое в отдельности, это - поэтико-философская система о социальной и нравственной гармонии в человеке и его деяниях.

Произведения Гянджеви отражающие гуманистические, общечеловеческие, общественно-политические, социальные и духовно-нравственные ценности той эпохи стали пиком Восточного Ренессанса.

Отражение внутреннего мира человека, его чувств и мыслей, передача динамики развития своих героев стали основой и содержанием художественного наследия Низами. Именно заслугой Низами Гянджеви его поэма стало широкое распространение темы любви и общечеловеческих идеалов в литературе Ближнего Востока. Впервые описав любовь с философской точки зрения он создал концепцию нежной любви связав ее со свободой слова и совести.

Низами Гянджеви открыл новое направление в произведениях стран Востока и внес неоценимый вклад в развитие гуманистических идей в странах Ближнего Востока.

Несмотря на то что, поэт жил и брал в основу своих творений проблемы своей эпохи, его произведения с точки зрения современности отражают и сегодняшнюю действительность. Объединив желания и мечты своего народа, в присущей только ему манере Низами Гянджеви создавал великие произведения.

Впервые в истории произведений того времени великий Низами создал образ женщины, как человека с присущей ему высотой сознания. Он сравнивал образ женщины, благородной, мудрой и смелой, способной наравне трудиться с мужчинами в разных областях, с некоторыми мужчинами обделенными данными качествами. Он впервые показал, что именно труд отличает человека от других существ.

Низами Гянджеви являлся также патриотом своего народа. Все события описываемые им в своих произведениях он сравнивал с Азербайджаном, описывал историю Азербайджана. Творчество Низами имеет большую роль в развитии восточного искусства.

ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНЫ ИЗРАИЛЯ

Силенок Александр

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.п.н., асс. Никитюк В.П.**

Медицина Израиля предлагает пациентам всю мощь и багаж современной науки. Это уникальный синтез науки и медицинских технологий, высокий уровень обслуживания и квалифицированный медперсонал. Сегодня больницы в Израиле регулярно модернизируют свое оборудование, а врачи предпочитают использовать медикаментозные и консервативные методы лечения, по возможности избегая хирургических. Государство строго контролирует уровень обслуживания пациентов.

Медицинские центры Израиля придерживаются ценовой политики при работе с иностранными пациентами, которых принимают на лечение в большом количестве. Израильские специалисты преуспели практически во всех отраслях медицины, но особой популярностью у иностранных пациентов пользуется онкология, кардиология, трансплантология, офтальмология, лечение бесплодия. Израильская медицина уважает право пациента на свободный выбор лечащего врача. Медицина в Израиле – это минимальное количество врачебных ошибок. Каждый израильский врач несёт ответственность за ущерб здоровью, который причинён по его вине и предельно внимательно относится к больным. Каждый пациент имеет право требовать материальную компенсацию в случае неверного диагноза или несвоевременного лечения. Сумма этой компенсации обычно достаточно высока, так как в неё входят и возмещение морального ущерба, и стоимость дополнительной терапии и компенсация так называемых "упущенных возможностей". Медицина в Израиле успешно реализует право своих пациентов на информацию, предоставляя им полный спектр сведений о своём заболевании и вариантах лечения. Пациент имеет право знать, что его ждёт в процессе лечения или отказа от него, и право отказаться от терапии, ознакомиться с историей болезни, право на конфиденциальность информации.

Сегодня медицина Израиля позволяет проводить диагностические, а также лечебные манипуляции практически во всех областях медицины, а особенно в травматологии, ортопедии, гинекологии, неврологии, урологии и онкологии.

Бытует мнение, что израильские врачи могут все. Все они могут благодаря современному оборудованию и высокому профессионализму.

ВОСТОЧНАЯ МЕДИЦИНА В КОРОЛЕВСТВЕ НЕПАЛ

Баснет Манодж

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.п.н., асс. Никитюк В.П.**

Традиционная непальская медицина основана на вековых традициях горных травников - целителей.

В восточной медицине центральным является представление о здоровом человеческом организме, в котором сбалансированы основные элементы (земля, вода, огонь, воздух, металл), и они находятся в гармонии с окружающей средой. Различные нарушения этого баланса и вызывают разнообразные заболевания. Поэтому классификация болезней в восточной медицине принципиально иная. Восстановление утраченного внутреннего и внешнего равновесия и приводит к исцелению. Это отличается от западного подхода, где объектом терапии являются прежде всего, симптомы, а не глубинные причины заболевания. Восточные методы особенно эффективны при лечении хронических заболеваний внутренних органов, а также аллергических, кожных и злокачественных.

Важно подчеркнуть, что врач на Востоке - не просто профессия, но и духовный путь. Целитель берет на себя ответственность за судьбу пациента перед богом. От исцеляемого же ожидают доверия, открытости, готовности активно и упорно бороться с недугом.

Кроме врачей в Гималаях также практикуют шаманы-целители. Шаманизм и медицина рассматриваются как две разные области деятельности, представители которых с уважением относятся друг к другу. Шаманы - это люди, которые обладают

уникальной способностью в ходе сложного религиозного ритуала входить в транс. В измененном состоянии сознания они взаимодействуют с пациентом и в ряде случаев исцеляют серьезные недуги. Здесь это считают проявлением законов природы.

Одним из важнейших методов лечения методами восточной медицины является путешествие в долину Катманду. Это место уникально по нескольким причинам. Во-первых, здесь в течение столетий развивалась традиционная восточная медицина. Сейчас она представлена многочисленными клиниками и отдельными врачами, полностью завершивших многолетнее традиционное обучение и обладающих большим практическим опытом.

Во-вторых, в Катманду достаточно развитая инфраструктура, что позволит пациентам легче адаптироваться к условиям иной цивилизации.

Многие памятники являются уникальными и включены в мировой список ЮНЕСКО.

ПРИЧАСТИЕ В ТУРКМЕНСКОМ И РУССКОМ ЯЗЫКАХ

Реджебова А.Р.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – к.п.н., ст.преп. Якубова Л.С.

Цель статьи - затронуть сложные моменты в образовании и употреблении причастий в русском и туркменском языках.

В русском языке в предложении причастия выполняют те же синтаксические функции, что и прилагательные, то есть выступают в роли определения, подлежащего и сказуемого. Причастия в туркменском языке содержат в себе признаки глагола, прилагательного, а также существительного. В предложении они могут выступать в роли подлежащего, сказуемого, определения, дополнения и обстоятельства. Например: Гиден гетирер, отуран нырх сорар. – Идущему даёт, сидящему просить придёт. В данном примере причастия «гиден, отуран» являются подлежащими. В предложении «Горкана гоша гернер». – У испугавшегося всё двоится, причастие «горкана» – дополнение. В предложении «Ол окува гиден». – Син, уехавший на учёбу, причастие «гиден» – сказуемое. В предложении «Юрдумызда екары окув джайларында окаян студентлары саны йыл-йылдан артыр». – В нашей стране с каждым годом увеличивается число студентов, обучающихся в высших учебных заведениях, причастие «окаян» – определение.

Кроме этого, в туркменском языке причастия могут быть не только настоящего и прошедшего, но и будущего времени, которое образуется посредством аффиксов – джак-, джек-; -ар-, -ер- в положительной форме и -маджик-, -меджик- в отрицательной форме.

Отличия глаголов и причастий будущего времени в туркменском языке сводятся к следующему:

1. Глаголы с аффиксами -джак-, -джек; -ар-, -ер- по синтаксическим функциям являются в предложении сказуемыми, а причастия определениями. Например: оглан окаджак – мальчик будет учиться; окаджак является сказуемым; окаджак оглан – учащийся мальчик – определением.

2. Глаголы на – джак-, -джек- не имеют личных окончаний, а причастия с этим суффиксом согласуются с именами существительными в числе и падеже.

В русском языке в разговорной речи и в диалектах широко используются краткие страдательные причастия прошедшего времени (написан, принесен, налит). В туркменском же языке причастия можно встретить как в литературном языке, так и в разговорной речи.

Нужно отметить, что в русском языке причастия способствуют сжатости речи, давая возможность заменять придаточные предложения. Например: «предприятия, досрочно выполнившие план» и «предприятия, которые досрочно выполнили план».

О ПОЛЬЗЕ ЧАЯ КАРКАДЭ

Абдалла Исра

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – к.п.н., ст.преп. Якубова Л.С.

Цель статьи – рассказать об использовании чая каркаде для профилактики различных заболеваний.

Каркаде - это растение семейства мальвовых. Научное название его *Hibiscus sabdariffa*. В высоту каркаде достигает до 3.5м. Стебель и листья зеленые, с красноватыми оттенками. Цветки 5-7 см в диаметре с сильным ароматом. Когда лепестки увядают, на растении остаются чашечки цветков. Из высушенных цветков каркаде готовят прекрасный тонизирующий чай. Листья, семена, лепестки гибискуса также используются в кулинарии, косметологии, для окраски тканей.

Родина каркаде - Индия, сейчас его также выращивают в Судане, Египте, Китае, на Шри Ланке, Таиланде. В Судане напиток из каркаде настолько стал популярным, что получил еще одно свое название – суданская роза. В Египте чай из гибискуса называли напитком фараонов, дарующим жизненную силу и бессмертие. В Малайзии каркаде, известный под названием бунга рая – национальный цветок. В зависимости от места произрастания, цвет и вкус чая из каркаде будут отличаться. Цвет настоя египетского каркаде вишневый, вкус кислый. А чай из каркаде, выращенного в Таиланде более сладкий, красивого пурпурного цвета.

Каркаде содержит 13 органических кислот, среди них лимонная, яблочная, винная, которые придают чаю кислый вкус, утоляют жажду.

Витамины, микроэлементы, биологически активные вещества способствуют укреплению иммунитета, являясь прекрасной профилактикой против простуды и гриппа, повышают физическую выносливость, снижают нервное напряжение. В состав растения входят антоцины. Именно им чай из каркаде обязан своим цветом. Антоцины укрепляют стенки кровеносных сосудов, регулируют их проницаемость и способствуют снижению уровня холестерина в крови.

Каркаде оказывает спазмолитическое действие, улучшает выработку желчи, благотворно действует на печень и мочеполовую систему. При регулярном употреблении способствует нормализации обмена веществ, благотворно влияет на деятельность поджелудочной железы и желудка.

Каркаде обладает также профилактическими свойствами. Он предупреждает заболевания кишечника - желудочного тракта, облегчает протекание диабета.

Чай обладает мягким слабительным эффектом, снимает последствия алкогольного отравления. В каркаде нет щавелевой кислоты, благодаря которой образуются камни в почках.

СОПОСТАВИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РУССКОГО И АЗЕРБАЙДЖАНСКОГО ЯЗЫКОВ

Саламова Ш. Р.

Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.п.н., ст.преп. Якубова Л.С.

В данной работе представлен краткий сопоставительный анализ русского и азербайджанского языков, который позволит выявить трудности для учащихся – азербайджанцев в усвоении русского языка и предупредить интерферентные ошибки в русской речи. Эти трудности обусловлены расхождениями в системах азербайджанского и русского языков.

Особую трудность для студентов-азербайджанцев представляют категория рода, категория одушевленности/неодушевленности, которые в азербайджанском языке отсутствуют, а также русская предложно – падежная и видо-временная системы.

Отсутствие категории рода в азербайджанском языке является причиной устойчивых ошибок в употреблении рода: неправильное согласование существительных и прилагательных в атрибутивном словосочетании, неправильное согласование субъекта и предиката в прошедшем времени.

Для большинства азербайджанских студентов падежная система оказывается трудной из-за многообразия окончаний в разных падежах, из-за принципа формоизменений существительных, прилагательных, местоимений, числительных. Это трудности самого русского языка. К ним следует добавить трудности, связанные с несовпадением в падежных системах русского и азербайджанского языков. К тому же, если в русском языке три типа склонения, то в азербайджанском языке – единый унифицированный тип склонения для всех имен в единственном и множественном числе.

Усвоение предлогов и предложно-падежных сочетаний затруднено для азербайджанцев из-за отсутствия предлогов в родном языке. Характерными для азербайджанцев являются ошибки, связанные с неуместным употреблением того или иного предлога, смешиванием предлога с приставками, что приводит к нарушению синтаксических связей между словами и к слитному написанию предлогов с другими словами.

Самой трудной грамматической темой в русском языке для азербайджанских студентов являются виды глагола, потому что в азербайджанском языке такая грамматическая категория вообще отсутствует. Видовые значения в азербайджанском языке выражаются аналитически: сочетанием основного глагола со спрягаемой формой вспомогательного глагола, которая имеет одно из следующих видовых значений: продолжительность действия, направленность действия, переход действия в состояние, исчерпанность действия.

СОПОСТАВЛЕНИЕ РУССКИХ И АРАБСКИХ СУЩЕСТВИТЕЛЬНЫХ

Лаири Юнес

Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.п.н., ст.преп. Якубова Л.С.

Целью данной работы является сопоставление существительных в русском и арабском языках.

Имя существительное в арабском языке характеризуется категориями рода, числа и падежа, одушевленности-неодушевленности и определенности-неопределенности.

У существительных в арабском языке два рода – мужской и женский. Показателем женского рода служит суффикс - ат-. В разговорной речи конечное -т- отпадает: талиб (студент) – талиба (студентка). В арабском языке есть исключения из правила – существительные женского рода, не имеющие суффикса -ат-: например, 'умм – мать, нәр – огонь.

В арабском языке нет существительных, обозначающих профессию или род занятий и относящихся в русском языке как к лицам мужского, так и женского пола: врач, инженер, филолог. В арабском языке такие существительные различаются по родам, например: табīb (врач-мужчина) – табībа (врач-женщина), мударрис (преподаватель-мужчина) – мударриса (преподаватель-женщина).

Категория среднего рода в арабском языке отсутствует, поэтому арабские студенты вместо среднего рода употребляют мужской. Например: «Выключите радио, потому что он мне мешает».

В арабском языке существительные различаются по 3 числам: единственному, двойственному и множественному. Форма двойственного числа образуется с помощью окончания -ани. Числительное «два» при этом не употребляется: две книги – китāбāни. Множественное число образуется двумя способами: а) с помощью внешней флексии – окончания - уна: му.аллим (преподаватель) – му.аллимуна (преподаватели); б) с помощью внутренней флексии по различным моделям: китāб (книга) – кутуб (книги), калам (карандаш) – аклām (карандаши).

Все неодушевленные существительные во множественном числе согласуются с прилагательными и глаголами как существительные женского рода. Так, существительное китāб (книга) в единственном числе является существительным мужского рода и согласуется с прилагательным мужского рода. Но во множественном числе существительное кутуб (книги) согласуется с прилагательным женского рода единственного числа, что дословно переводится как «книги хорошая» и провоцирует ошибки в русской речи студентов-арабов.

В арабском языке все существительные, обозначающие животных, относятся к неодушевленным (т.е. немыслящим), и поэтому отвечают на вопрос «что?».

ВЫДАЮЩИЕСЯ ВРАЧИ ДРЕВНЕЙ ПЕРСИИ

Курамбаева Мохира

Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.п.н., доц. Евдокимова А.Г.

Абу Бакр Мухаммед ибн Закарийа Ар-Рази, известный в Европе под именем Разеса, родился в 313/865 году в одном из центров древнеперсидской культуры - городе Рее. Творчество Ар-Рази свидетельствует о том, что он получил энциклопедическое образование, где главное место занимают философия, химия, медицина и учение о духовном совершенствовании человека. Мировоззрение Ар-Рази, основанное на идеях Сократа и Платона о самопознании. Медицинская деятельность Ар-Рази в Багдаде показывает, что это был человек большой энергии. Он является создателем одной из крупных багдадских больниц, в которой имелось несколько отделений (глазное, общетерапевтическое, хирургическое), в каждом отделении работали заведу-

ющие и младшие врачи, кроме того, в больнице было много учеников, которые проходили здесь практику под руководством опытных табибов. Общее руководство осуществлялось Абу Бакром Ар-Рази.

Первооткрыватель во всем, чем бы он ни занимался, Ар-Рази в багдадской больнице впервые вводит составление истории болезни. Описание состояния больного в процессе лечения встречается в древнекитайских и греко-римских источниках. Однако это были всего лишь памятки для врача, где коротко говорилось о больном и его болезни. В клинике Ар-Рази история болезни определяет последовательность и существо лечения. Он и его врачи впервые пошли по пути создания четкой документации в лечебном учреждении.

Ар-Рази отличала поразительная работоспособность. Он создает всеобъемлющую книгу по медицине в 25 томах, только из - за непомерного объема отвергнутую врачами средневековья. Подражая Гиппократу, он пишет «Медицинские афоризмы», учебные пособия по медицине «Введение в медицину», «Драгоценная книга», «Медицинский сборник» и другие. Им много написано по различным отраслям медицинских знаний. Однако самым поразительным из всего, что вышло из-под пера Ар-Рази является его труд «Духовная медицина».

ВЫДАЮЩИЕСЯ ВРАЧИ ТУРКМЕНИСТАНА

Сейтмурадов Алланур

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.п.н., доц. Евдокимова А.Г.

Сары Каранович Каранов – выдающийся врач Туркменистана, яркий представитель замечательной плеяды людей, про которых с уважением говорят «человек, сделавший себя сам». Без посторонней помощи, рассчитывая только на свои силы, опираясь на силу воли и твердость характера, он стал тем, кем мечтал стать – выдающимся врачом. Учёный, педагог, хирург, он долгие годы возглавлял офтальмологическую службу страны. Первым из медиков-туркмен получил степень доктора наук, стал профессором. Именем Сары Каранова назван Туркменский научно-исследовательский институт глазных болезней, которому он отдал большую часть своей жизни. Им создана научная офтальмологическая школа Туркменистана, написано свыше 170 научных работ, под его руководством защищены 25 кандидатских работ и три докторских диссертации. Ему присвоено звание «Заслуженный деятель науки Туркменистана». В этот же список можно добавить многолетнее редактирование «Трудов Туркменского научно-исследовательского института глазных болезней», большую общественную работу, участие в международных офтальмологических съездах, симпозиумах, конференциях. Но самое главное – он сумел воплотить в жизнь свою детскую мечту – помогать людям. Сары Каранович Каранов вернул зрение тысячам людей, и их благодарность выражается не в наградах, а в нескольких словах, которым нет цены: «Доктор! Я снова вижу свет!».

Стать врачом Сары Каранов решил ещё в детстве. Это был вполне осознанный выбор. Причём сделал он его сам, поскольку советовать было некому. Ему повезло с учителями. Первым наставником молодого врача стал основоположник туркменской офтальмологии, профессор Константин Иванович Цыкуленко, воспитанник знаменитой научной школы академика В. П. Филатова. Под его руководством Сары Каранов начал осваивать азы офтальмологии. Сначала он ассистировал профессору, затем стал проводить самостоятельные операции. Вскоре, когда был накоплен определённый опыт, Сары Каранова назначили начальником глазной экспедиции, которая мобильно курсировала по всей стране, оказывая практическую помощь жителям различных областей Туркменистана.

ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА В ИНДИИ

Солунке Раши

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.п.н., доц. Евдокимова А.Г.

Поликлиники – место, где широкий диапазон медицинского обслуживания (включая диагностику) можно получить в любое время, исключая ночное. Зачастую поликлиники располагаются рядом с больницами.

Здравоохранение в Индии составляет единую систему, которой управляют составляющие государства и территории Индии. Конституцией страны законодательно закрепляется для каждого штата право человека на получение медицинского обслуживания. Политика общественного здравоохранения была утверждена Парламентом Индии в 1983 году и дополнена в 2002 году.

Основными проблемами здравоохранения в Индии являются: недоедание, высокий уровень детской смертности, болезни, плохая санитария, небезопасная питьевая вода, женский вопрос и др.

Согласно данным Национального семейного обследования здоровья в Индии основным источником здравоохранения для большинства домашних хозяйств в сельских районах (63%) и в городских территориях (70%) являются частные медицинские центры (поликлиники). Муниципальные поликлиники отличаются гораздо более низким уровнем обслуживания: они неудобно расположены, в них искусственно создаются очереди, часы работы совпадают с графиком работы пациентов. Поэтому индусы предпочтение отдают все же частным медицинским учреждениям.

ТРАДИЦИОННАЯ МЕДИЦИНА НА МАДАГАСКАРЕ

Рахаримбуласуа Диана

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.п.н., доц. Евдокимова А.Г.

Медицинское обслуживание на Мадагаскаре платное. Система здравоохранения смешанная – в стране действуют как государственные, так и частные медицинские учреждения. Общий уровень здравоохранения достаточно невысок, но поликлиники и больницы в столице и туристических районах оснащены неплохо. Основными заболеваниями являются шистоматоз (рекомендуется избегать купания в пресноводных водоемах), гепатит А, В и С, дизентерии и диарея. Распространены также желтая лихорадка и малярия. Нехватка чистой питьевой воды (постоянный доступ к ней имеют 47% населения) приводит к вспышкам кишечно-инфекционных заболеваний, в т.ч. бильгарциоза. В 2003 насчитывалось 140 тыс. больных СПИДом и ВИЧ-инфицированных, умерли 7,5 тыс. чел. В 2001 доступ к медицинскому обслуживанию имели 42% населения. Всего на террито-

рии Мадагаскара в 2005 году зарегистрировано 3,5 тыс. врачей, из них 2,38 тыс. – в столице и ее окрестностях. Согласно данным доклада ООН о гуманитарном развитии планеты (2001) Мадагаскар в рейтинге стран находился на 149 месте. Во многих внутренних районах распространен целый ряд вирусных заболеваний, включая геморрагическую лихорадку. Также есть природные центры чумы, холеры, тифа и бешенства. Опасность заражения малярией существует круглый год по всей стране и наиболее высока в прибрежных областях.

Несмотря на достаточно развитую фармацевтическую промышленность, наблюдается некоторый дефицит антибиотиков, препаратов против желудочных расстройств и средств против лихорадки. За пределами страны известен институт прикладных исследований (находится недалеко от столицы), в котором разработан ряд эффективных лекарств от диабета, малярии и проказы. Институт основал ученый с мировым именем Альбер Рацимаманга.

СРЕДСТВА РУССКОГО ЯЗЫКА ПРИ ОБОЗНАЧЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ ТЕРМИНОВ

Насимбейе Мвиче

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.п.н., доц. Евдокимова А.Г.

Современная медицинская терминология – одна из самых обширных и сложных содержательном отношении систем терминов. Медицинский лексикон, включая употребляемые в научной медицине термины других наук (биологии, химии, физики, микробиологии, радиологии, генетики, антропологии, психологии, кибернетики и др.), составляет несколько сот тысяч слов и словосочетаний. В их число входят весьма многочисленные синонимы, составляющие в некоторых областях медицины 25–40% терминологического фонда. Так, «Международная классификация болезней» упоминает более 50 000 наименований. Количество названий лекарственных средств (вместе с синонимами) превышает 80 000. Интенсивное увеличение объема медицинской и медико-биологической информации на самых различных языках сопровождается появлением в медицинской литературе многих новых терминов, число которых, по некоторым источникам, ежегодно превышает 1000. Функциональное назначение термина – кратко, точно и однозначно выражать научное понятие, служить средством его отождествления и различения в специальном языке. Для успешной реализации этой функции термин, представляющий собой единство звукового комплекса и содержания, или значения должен удовлетворять нескольким важным требованиям.

1. Требование точности: а) содержание и объем термилируемого понятия должны недвусмысленно отличаться от других понятий. б) звуковой комплекс термина не должен содержать элементов, которые могут неправильно ориентировать в отношении содержания и объема понятия.

3. Требование однозначности (моносемии): любой звуковой комплекс должен быть закреплен только за одним понятием; многозначность (полисемия) термина недопустима.

4. Требование одноформленности: понятие должно выражаться только одним звуковым комплексом; синонимия недопустима.

Если связь звукового комплекса с содержанием термина не улавливается специалистом, то такой звуковой комплекс представляется лишенным мотивировки. Такими являются в большинстве случаев заимствованные слова, для которых нет производящих слов (корней) в родном языке (например, Скарлатина, Чума, Кашель), или исконно русские слова, производящие основы которых не сохранились или их трудно выделить (например, Лихорадка, легкие (Лёгкое), заусеницы (Заусенцы)).

СОПОСТАВИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РУССКИХ И АНГЛИЙСКИХ ТЕРМИНОВ

Каминдва Сиказве

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.п.н., доц. Евдокимова А.Г.

В английском языке есть определенные способы образования новых слов (основ). Некоторые из них совпадают с теми, которые применяются в русском языке, другие характерные для английского языка. Каждая часть речи характеризуется определенным набором аффиксов (суффиксов и префиксов), которые применяются для образования новых слов (основ). Существуют определенные аффиксы существительных, глаголов, наречий. В отличие от обычных суффиксов отдельные имеют ударение, пишутся отдельно от выводной основы и могут быть отделены от нее другими словами, например: Lack of proper nutrition - отсутствие правильного питания.

С помощью конверсии образуются различные части речи - существительные, глаголы, прилагательные, наречия и др. Вследствие конверсионного словообразования появляются слова-омонимы, совпадающие по форме основ, но имеющие разные значения и относящиеся к разным частям речи: necrosis bacillus - некроз бацилла, - никроспермия, encerephalomyelopathy - некротическая энцефаломиелопатия, urine - непрозрачная моча, neck of (urinary) bladder - шея мочевого пузыря, total thyroidectomy - тотальная тиреоидэктомия.

Для образования существительных наиболее употребительные суффиксы, например, суффикс -er, который образует существительные от глаголов: dyader - отношения двух особ как пример терапевтического отношения между доктором и пациентом в индивидуальной психотерапии.

Лексическое значение слова зависит от места, которое оно занимает в лексико-семантической системе языка, обуславливается определенными семантическими центрами, вокруг которых группируются слова близкие по указанию на какой-то признак. Этот признак может проявляться в каком-то одном значении, непосредственно сочетать разные по характеру значения. Так, в семантике английских лингвистических терминов наиболее многозначным словам выявлены следующие семантические центры: слово, значение, язык, речь, действие, процесс, способ, манера, антонимия, образность как основа переносу признака с одного понятия на другое, вторичная номинация.

ВСЕОХВАТЫВАЮЩАЯ "HYDR"А

Мамедова С.Н.

Казанский государственный медицинский университет.

Руководитель – к.фил.н., ст.преп. Гайфуллина А.Г.

Наряду с латинским «aqua» активно используем греческий корень «hydr», обладающий тем же значением – «вода». Однако существует некоторое различие в употреблении этих одинаковых по смыслу морфем.

Проанализировав достаточно большую группу слов, мы пришли к выводу, что греческий корень «hydr», в отличие от аналогичного латинского, имеет большую терминологическую направленность. Наиболее широкое употребление он находит в номенклатуре химических соединений, технике, названиях отраслей науки и соответствующих специальностей и особенно в медицине (клиническая и фармацевтическая терминология). К примеру, научные названия заболеваний и симптомов, связанных с выделением жидкости из организма или её скоплением в органах и тканях (гидремез, гидраденит, гидрозис, гидрокранион, гидрокардия, гидрогастер, гидроблефарон, гидромиринга, гидромедиастинум, гидростенон, гидропиплон, гидрамнион, гидроартроз, гидронефроз); наименования лекарственных препаратов, регулирующих водно-электролитный баланс и обмен веществ (Гидровит, Гидрокортизон, Гидроксиуреа, Гидреа, Гидроксизин), химических веществ, содержащих молекулы воды или водород (гидриды, гидраты, гидроксиды, гидрохлоротиазид); технические термины, связанные с использованием воды и её энергии (гидробур, гидрант, гидроэлектростанция, гидропоника, гидроагрегат, гидроаэроионизация, гидрокрекинг, гидролиз); естественнонаучная лексика (гидрология, гидрогеохимия, гидробионика, гидроакустика, гидродинамика). Эта особенность во многом объясняется как историческим развитием науки (превалирующая роль древнегреческих учёных в накоплении медицинских и биологических знаний в период античности), так и лингвистическими особенностями греческого языка, позволяющего легко образовывать новые термины посредством различных способов словообразования, особенно путем сложения основ слов.

ДРИАДА-ДУША ДЕРЕВА

Клюс Д.Д.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.фил.н., ст.преп. Киндеревич А.И.**

Известно, что существительные латинского языка с окончанием *us* относятся к мужскому роду: *Leonurus, i m* (пустырник), *Hyascyamus, i m* (белена). Однако, это правило иногда нарушается. Слова, обозначающие деревья, независимо от окончаний, относятся к женскому роду: *Pinus, i f* (сосна), *Alnus, i f* (ольха), *Juniperus, i f* (можжевельник). Переселение человеческой души широко распространено в фольклоре народов мира. В "Мифах Древней Греции" Н.А.Кун описывает историю любви Аполлона к Дафне, дочери богини земли Геи и бога рек Пенея. Бог Аполлон, которого пронзила стрела любви, преследовал девушку, избегавшую его общество. Чистой и целомудренной Дафне ради своей непорочности пришлось просить отца о помощи. Мольба была услышена: боги превратили девушку в лавровое деревце, где жила её душа. Вероятно, страх Дафны объясняется тем, что Аполлон, в отличие от Феба и Гелиоса, является воплощением слепополуденного солнца, жестокого и испепеляющего. Однако, для нас важно только то, что древовидное растение-это олицетворение нимфы-дриады. Переселение человеческой души в дерево, в какой-то мере реинкарнация, можно наблюдать в мифах "Гиацинт", "Адонис", "Кипарис". Мы предполагаем, что это связано с мировоззрением древних греков, считающих, что в каждом дереве заключена его душа, олицетворенная нимфой-дриадой. Древние греки думали, что в каждом древовидном кустарнике, дереве есть бессмертная душа: в ольхе-дриада ольхи, в сосне-дриада сосны и т.д. Поэтика дриады отразилась на роде латинских слов, обозначающих дерево.

СТРУКТУРНО-СЕМАНТИЧЕСКОЕ РАЗНООБРАЗИЕ ТЕРМИНОВ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Османов И.С.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.фил.н., ст.преп. Гайфуллина А.Г.**

Знания, полученные на занятиях по латинскому языку и медицинской терминологии, являются основополагающими, и в дальнейшем они стимулируют самостоятельную работу студентов по изучению интересующих разделов медицины. Известно, что именно в деятельности нервной системы следует искать ответы на многие вопросы патологий человека. Объектом исследования является раздел анатомической терминологии, относящийся к строению и функционированию центральной нервной системы. Термины подразделяются на однословные, двухсловные и трехсловные. Однословные могут быть латинскими (нерв (лат. *nervus*)), древнегреческими (эпендима (др.-греч. ἐπένδιμα)) и русскими (узел). Термины, восходящие к латино-греческому первоисточнику, в свою очередь, могут быть транслитерациями (аксон (греч. ἄξων)) и переводами с латино-греческого (извилила (лат. *gyrus*)). Двухсловные термины - это сочетания существительного с прилагательным; Они подразделяются на латинские и латино-греческие по происхождению, и являются прямыми заимствованиями из первоисточника (центральный канал) либо кальками латино-греческого эквивалента (серое вещество (лат. *substantia grisea*)), и сочетания латино-греческих заимствований с исконно русскими словами (симпатический узел). Трехсловные могут быть 1) латино-греческими заимствованиями (центральная нервная система), 2) сочетаниями латино-греческих заимствований с русскими словами (ассоциативные нервные волокна) и 3) кальками с латино-греческого эквивалента, где одно слово латино-греческого происхождения соответствует двум русским словам (перешеек ромбовидного мозга). Таким образом, в узкопрофессиональных текстах наблюдается сосуществование терминов латинских и греческих по происхождению в виде прямых заимствований, транслитераций и калек наряду с русскими терминами.

"Aqua"- как составная часть заимствованных слов

Дроздова А.В.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.фил.н., ст.преп. Киндеревич А.И.**

Заимствования из латинского языка сыграли значительную роль в обогащении русского языка, особенно в сфере научно-технической, общественной и политической терминологии. Все это не случайно, ведь латынь сильно повлияла на людей, на культуру всего мира. Одним из слов латинского происхождения является *aqua*, что в переводе означает вода. Оно женского рода и относится к первому склонению. Часто употребляется в медицинской фармакологии, а также используется при словообразовании. В русскоязычной лексике очень часто встречаются термины с корнем «аква». Разумеется, все они непосредственно связаны с водой, но их можно разделить на множество различных групп. Первую группу образуют слова, которые имеют отношение к искусству. Например, акварель, акварельные краски, аквамариновый цвет. Вторая группа слов – это существительные, обозначающие увлечения людей, их профессиональную деятельность. Сюда можно отнести такие понятия, как аквалангист,

акваланг, аквапарк, акванавт. Третья группа терминов – слова, которые относятся к предметам культа. Одним из них является акваманил или по-другому сосуд с водой, где оmyвает свои руки священник. Этих слов можно привести огромное количество и все они латинского происхождения. Они играют огромную и значимую роль в жизни людей. Слово «аква» обычно используется в бытовой лексике и достаточно точно указывает на принадлежность к предмету.

ИКЕТЕЛЛЕЛЕК ҺӘМ ТАТАР ТЕЛЕНЕҢ ЛЕКСИК-ФРАЗЕОЛОГИК НОРМАЛАРЫ: ТЕЛНЕҢ ҮЗ СҮЗЛӘРЕ БЕЛӘН АЛЫНМАЛАР НИСБӘТЕ

Дроздова А.В.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.фил.н., доц. Фидаева Л.И.**

Чыганагы буенча үз сүзләре белән генә эш иткән бер генә тел дә юктыр. Цивилизацияле һәр халыкның телендә чит телләрдән кергән күп меңләгән сүзләр бар. Кайбер телләрдә алынма сүзләр сүзлек составының 60-70 эр процентын тәшкил итә. Телгә башка телләрдән сүзләр керүнең төп чыганагы – төрле телдә сөйләшүче халыкларның үзара икътисади, мәдәни, сәяси, хәрби мөнәсәбәтләрдә булуы, бер халыкның икенчесеннән яңа төшенчәләр, яңа предметлар кабул итүе.

Татар теленә гарәп сүзләре X гасырлардан үк үтеп керә башлаган дип фараз кылырга мөмкин, чөнки, тарихи документлардан күрүнгәнчә, 922 елда Болгар дәүләте ислам динен кабул итә һәм шул вакыттан бирле безнең борыңгы бабаларыбызның гарәпләр белән багланышы дәвам итә. Гарәп алынмаларының күбесе мәдәният, сәнгать, мәгариф, дин өлкәсенә карый. Фарсы сүзләренә телебезгә кабул ителүе исә татарларның XVII-XVIII гасырларда Урта Азия төрки халыклары белән элем-тәләре көчәю белән активлаша.

Татар телендә рус сүзләре бик күп. Сәбәбе аңлаешлы: 1552 елда Казан ханлыгы Рус дәүләтенә кертелә, һәм шуннан бирле татарлар руслар белән аралашып яшиләр. Нәтижәдә телебезгә рус теленнән күпсанлы сүзләр алына.

Татар телендә Көнбатыш Европа халыклары телләренә сүзләре дә шактый күп, зур урынны латин, грек сүзләре тәшкил итә. Европа халыклары телләреннән сүзләр безгә, нигездә, рус теле аша кергән.

Бу алынмаларга карата безгә нинди мөнәсәбәттә булырга дигән сорау туа. Беренчедән, телебездә күп гасырлар, еллар бие кулланылып килгән һәм халык тарафыннан үзләштерелгән алынмаларны ниндидер башка сүзләр белән алыштыруның кирәге юк. Бу гарәп-фарсы алынмаларына да, рус сүзләренә һәм интернациональ сүзләргә дә карый. Санаторий, больница, партия, республика, секретарь, сумка һ.б кебек сүзләрне матбугат телендә гарәп-фарсы сүзләре, иске төрки-татар сүзләре белән алыштырып, шифаханә, хастаханә, фирка, жөмһүрият, сәркәтип, букча һ.б. сүзләрен кулланырга уйлаганда бик сак эш итәргә кирәк. Шул үк вакытта алынма сүзләр мәсьәләсенә икенче ягы да бар: телнең тиешле төшенчәне белдерерлек үз сүзләре булганда, чит тел сүзләре кулланырга тиеш түгел.

Тел үл – бик нәзәкәтле нәрсә, һәр сүзне нечкә тоемлап, чама хисен югалтмыйча эш иткәндә генә туган телнең сафлыгын, чисталыгын һәм матурлыгын саклап калырга мөмкин. Бүгенге икетеллек шартларында бу аеруча мөһим.

КАТЕГОРИЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ В ТАТАРСКОМ ЯЗЫКЕ

Дроздова А.В.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.фил.н., доц. Фидаева Л.И.**

Своеобразием татарского языка является наличие категории принадлежности, которая обозначает принадлежность предмета к определенному лицу и имеет специальные аффиксы.

Аффиксы принадлежности выглядят следующим образом:

После основ на согласный:

ед. ч.

1 л. минем -ым/-ем кулым (моя рука) тезем (мое колено)

1 л. синең -ың/ең кулың (твоя рука) тезең (твое колено)

3 л. аның -ы/е кулы (его рука) тезе (его колено)

мн. ч.

1л.безнең -ыбыз/ебез улыбыз(наш сын) эшебез(наша работа)

1л.сезнең -ыгыз/егез улыгыз(ваш сын) эшегез(ваша работа)

3л.аларның-(лар)ы/(ләр)е уллары(их сын) эшләре(их работа)

Следует обратить внимание на склонение слов, которые заканчиваются на -к, -п (урындык (стул), мәктәп (школа) и т.д.) — конечное к, п переходит в г, б:

ед. ч.

1 л. минем урындыгым мәктәбем

2 л. синең урындыгың мәктәбең

3 л. аның урындыгы мәктәбе

мн. ч.

1 л. безнең урындыгыбыз мәктәбебез

2 л. сезнең урындыгыгыз мәктәбегез

3 л. аларның урындыклары мәктәпләре

После основ на гласный:

ед. ч.

1 л. минем -м аркам (моя спина) чигәм (мой висок)

1 л. синең -ң аркаң (твоя спина) чигәң (твой висок)

3 л. аның -сы/се аркасы (его спина) чигәсе (его висок)

мн. ч.

1л.безнең -быз/без бакчабыз(наш сад) күршебез(наш сосед)

1л.сезнең -гыз/гез бакчагыз(ваш сад) күршегез(ваш сосед)

Зл.аларның-лары/ләре бакчалары(их сад) күршеләре(их сосед)

Примечание: большинство слов, оканчивающихся на -и(й), -у/ү(ю) получают аффиксы как после согласных: минем эти-ем, синең эниең, аның ипие, безнең өебез (й +е= е) сезнең суыгыз, аларных даруы. Но: аның әнисе (әбисе, абыйсы, бабасы).

Таким образом, в татарском языке значение принадлежности указывается дважды: местоимением (минем, синең и т.д.) и аффиксом принадлежности (минем апам - букв: моя тетя - моя). Эта конструкция непривычна для русских и поэтому требует особого внимания и тренировки.

Однако двойное указание принадлежности употребляется не всегда. Обычно это делается, когда говорящий хочет подчеркнуть, кому принадлежит предмет, с кем или с чем связан объект: Бу минем өем. — Это мой дом. Сезнең эшегез миңа ошый. — Ваша работа мне нравится.

Иногда, как и в русском языке, аффиксы принадлежности опускаются, употребляются только местоимения: Минем фатир зур. — Моя квартира большая. Безнең группа һыйбәт. — Наша группа хорошая. Обычно местоимение безнең опускается очень часто, а аның и аларның - никогда.

В некоторых случаях, наоборот, опускается местоимение, а употребляется только существительное с аффиксом: Кызым, кулларыңны юдыңмы! — Дочка, руки вымыла? Обычно это происходит, когда речь идет о части тела человека или о тесно связанном с ним предмете или человеке: Авызыгызны ачыгыз! — Откройте рот! Телегезне күрсәтегез! — Покажите язык! Башыгыз авырттымы? — У вас голова болит? Исемеgez ничек? — Как ваше имя? Әниең кайттымы? — Мама (твоя) пришла?

Правильное использование форм принадлежности — дело непростое. Невозможно дать конкретные правила на все случаи. Поэтому надо стараться научиться этому в живой речи.

НАЗВАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ Г.КАЗАНИ

Магдиева Г.И.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.фил.н., доц. Николаева Н.Г.**

Нейминг (от англ. name – "имя")— это процесс создания названий компаний и торговых марок (брендов) с использованием инструментов лингвистики и психоанализа. Нейминг – это искусство создания имен. В медицинском бизнесе часто многое зависит от того, какое название имеет лечебно-профилактическое учреждение, фармацевтическая компания, лекарственный препарат. Название играет важную роль в вопросах узнаваемости и лояльности, а в отдельных ситуациях может очень сильно влиять на продажи (например, когда название имеет явно выраженные негативные ассоциации на определенном рынке).

В настоящее время в нейминге медицинской сферы для создания эффективного бренда очень часто используются латинские элементы. Однако, по всей видимости, люди, занимающиеся наименованием медицинских учреждений, в большинстве случаев сами принадлежат медицинской среде: в названиях многих новых лечебно-профилактических учреждений фигурируют латинские корни. Но не всегда они понятны широкому кругу пациентов. Так, названия стоматологических клиник, использующие латинский корень dent- ('зуб'), стали уже традиционными («Мистер-дент», «Эксклюзив-дент» и т.п.). К тому же достаточно широкие круги населения знакомы, в частности благодаря рекламе, со словами дентин, дентальный, фтородент и т.п., так что этот корень узнаваем, и названия с ним достигают своей коммуникативно-рекламной цели. Но если стоматологическая клиника носит название «Lege artis» (лат. «по всем правилам искусства»), то такое наименование вызывает, скорее всего, эстетически правильные ассоциации, имеет налет учености, но его истинное значение узнается лишь немногими специалистами – в основном, медиками и филологами. Нельзя утверждать, что в этом случае эффективность названия с рекламной точки зрения низкая, но и полностью оно своей цели не достигает: в таком названии работает внешняя эстетическая часть – семантическая же пассивна в плане достижения коммуникативной цели.

В докладе рассматриваются и анализируются другие наименования медицинских учреждений нашего города.

Медицина Древнего Египта

Сальви Дхавал Раджан

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.п.н., ст.преп. Фомина С.Е.**

Древнеегипетская медицина — самая древняя из документированных медицинских систем. С XXXIII века до н. э. до персидского вторжения в 525 году до н. э. она не претерпела особых изменений в плане практики, которая, тем не менее, была передовой для своего времени в некоторые исторические периоды и включала в себя простую неинвазивную хирургию, способы лечения переломов и обширный набор фармакопеи. Древнеегипетская медицина оказала влияние на многие последующие медицинские системы Древнего мира, в том числе на греческую.

Основным источником информации о древнеегипетской медицине долгое время были сообщения греческих авторов, но расшировка в 1822 году древнеегипетских иероглифов позволила в том числе прочесть тексты на папирусах, касающихся медицинских знаний Древнего Египта.

У врачей Древнего Египта была хорошая репутация, и правители других империй даже просили фараона прислать к ним врачей, чтобы лечить своих родственников. Имена некоторых из врачей Египта даже остались в истории.

МИФОЛОГИЧЕСКИЕ ИМЕНА И ИХ НОВЫЕ ЗНАЧЕНИЯ

Севастьянов С.И.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.фил.н., ст.преп. Чугунова Т.О.**

Древние греки и римляне, как и другие древние народы, не могли объяснить многие явления природы, боялись их. Древние люди верили, что все в руках бога. Считалось, что по воле бога Зевса (бога неба) идет дождь, сверкают молнии, гремит гром, наступает засуха. Мореплаватели боялись бога морей Посейдона, который мог устроить морские и океанские бури, разбить в щепки корабли. Древние греки и римляне верили, что существуют боги-покровители. Богом-покровителем торговли древние греки считали Гермеса, богом-покровителем кузнечного дела - Гефеста. Не только о богах, но и героях говорится в

истории древнего мира. Эти герои совершали подвиги. Из поколения в поколение передаются мифы о многочисленных подвигах Геракла, Прометея. Нам знакомы имена Авроры, Адониса, Венеры, Афродиты, Сатурна - к этим образам обращались русские поэты, писатели. Широко использовали мифологические образы А.С.Пушкин, М.Ю.Лермонтов, А.А.Фет. В произведениях А.С.Пушкина встречаются имена Аполлона и его спутниц-муз, Терпсихоры - покровительницы танцев, Мельпомены - музы трагедии. В «Евгении Онегине» мы читаем: «Но там, где Мельпомены бурной, протяжный раздается вой...», «...Где Терпсихоре лишь одной дивится зритель молодой». А.Фет вспоминает Аврору - богиню утренней зари: «Как огнем и сквозным перламутром убирает Аврора восток».

В современной художественной литературе, имена богов и героев также употребляются широко. П.Антокольский: «Стоит на страже Муза неизменно И по утрам приветствует зарю, - Со свитком Клио, в маске Мельпомена...». (Клио-муза истории).

Согласно традиции, имена богов присваивались большим и малым планетам, созвездиям: Меркурий, Венера, Марс, Юпитер, Уран, Плутон и др. Древние алхимики называли некоторые химические элементы по именам богов: сера-Вулкан, свинец-Сатурн, олово-Юпитер и т.д. Известно, что боги, герои выделялись своими определенными достоинствами и способностями: красотой - Венера, Аполлон; мощью, силой - Геркулес, Титаны; красотой пения - Орфей, Сирены. А в честь непобедимого Антея - назвали самолет - «Антей» (сокращенная фамилия авиаконструктора О.Антонова).

При использовании мифологического имени для названия предмета или человека принимались во внимание характерные особенности героя.

ЯЗЫКОВЫЕ ОТЛИЧИЯ АМЕРИКАНСКОГО ВАРИАНТА АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА ОТ БРИТАНСКОГО В ОБЛАСТИ МЕДИЦИНСКИХ ТЕРМИНОВ

Зиганшина А.Ф.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – к.фил.н., доц. Липатова Ю.Ю.

1. Введение

Цель исследования – анализ лексического состава МТ AmE и BrE.

Задачи:

1. Выявить лексические особенности AmE;
2. Определить расхождения лексического состава AmE и BrE;

Методы исследования:

1. Изучение медицинских терминов (МТ) на английском языке;
2. Систематизация материала;
3. Транскрипционный анализ слов.
3. Итоги исследования

3.1. Различия в орфографии. Выявлено, что большая часть терминов не отличается лексически: Shot-jab инъекция, nappy-diaper подгузник, pharmacy-drugstore аптека (американизм: drugstore-аптека, где продаются не только лекарства, но также игрушки и другие товары), doctor, influenza - док, флу доктор, грипп (неологизмы, за счет сокращений)

2.2. Различия в орфографии: e-ae-anemia, gynecology, hemophilia, leukemia, pediatric –anaemia, gynaecology, haemophilia, leukaemia, paediatric-анемия, гинекология, гемофилия, лейкемия, педиатрический; e-oe - diarrhea, esophagus, fetus - diarrhoea, oesophagus, foetus- диарея, пищевод, плод; eg-fe-fiber-fibre- волокно; ae-e-leukaemia-leukemia-лейкемия; our-or- colour-blindness-color-blindness-дальтонизм.

2.3. Имеются некоторые особенности звуковой базы: /v - a : / ярко выраженное "акание" в словах unconscious, thrombosis, blockage, dermatologist (без сознания, тромбоз, закупорка, дерматолог) - /θrɒm'bɒʊ.sɪs/, /'der.mə.tɒlə.dʒɪst/; /'bɒk.ɪ.dʒ/-/θrɑ : m'boʊ // 'blɑ : .kɪ.dʒ/; v-ɔ : -coronary /'kɒr.ən.ər.i /'kɔ : r.ə.nər-/; əv-oo overweight /'əv.və'weɪt//'oo.və-/; ɔ : - a : gallstone/'gɔ : l.stəʊn /'gɑ : l.stoʊn/ əv-oo glaucoma /glɑ : 'kəʊ.mə//-'koʊ-/

2.4. В процессе изучения были найдены следующие грамматические различия:

2.4.1. По-разному употребляются артикли. Например, «to/in THE hospital» в AmE, в то время как в BrE «to/in hospital» без артикля.

2.4.2. Многие неправильные глаголы в AmE являются правильными: burnt-burned-обожженный.

2.5. Интересный факт:

Differences between AmE and BrE : doctor

In the US, all medical doctors use the title Dr., for example family doctors, surgeons, dentists, and veterinarians. In the UK, you use the title Dr. only for family doctors. Surgeons, veterinarians, or dentists use the titles Mr., Mrs., or Miss.

3. Результат исследования

3.1. Различия в лексическом составе МТ за счет неологизмов и сокращений.

3.2. AmE является лишь вариантом английского языка и сохраняет звуковую базу английского языка, имея

ТРУДНОСТИ ОБУЧЕНИЯ ТУРКМЕНОЯЗЫЧНЫХ СТУДЕНТОВ В РОССИЙСКОМ МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Розыев Мекан

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.п.н., доц. Евдокимова А.Г.

В последние годы увеличилось число абитуриентов из Туркменистана, поступающих в вузы РФ. Это связано с доступностью обучения и дальнейшим перспективным развитием в выбранной сфере, поэтому и абитуриенты из моей страны, Туркменистана, изъявляют желание обучаться в России. Но возникают и определенные трудности на начальном этапе обучения, что связано с разговорной речью и вообще с языком, то есть некоторые граждане Туркменистана не умеют говорить и писать на русском языке, что затрудняет обучение в некоторых вузах России, в частности в медицинских. Прежде всего, возникают сложности в произношении, что впоследствии вызывает непонимание со стороны граждан РФ и русскоговорящего населения, то есть возникает ощущение недопонимания. Но это неважно, так как основные затруднения возникают при изучении новых научных терминов, которые приходится заучивать как на русском, так и на туркменском языках. Зачастую, когда дело доходит до контрольных или тестовых работ, студент не может своими словами описать данный термин, а вспомнить определение оказывается и того сложнее. Вот в этом заключается основная проблема.

Возникают проблемы также при введении новых предметов, таких, как биология или химия, когда помимо понимания еще необходимо умение абстрагировать данные понятия или выучивать их, так как простых объяснений будет недостаточно. Заучивание всех понятий невозможно, так как, выучив одно, забудешь другое.

Тем не менее обучение в медицинском вузе заинтересовывает даже самых обыкновенных людей, не понимающих такую сложную науку, так как успехи в новейшей медицине дают объяснения лишь 5-6 % известных заболеваний. Медицина – наука древняя и, на мой взгляд, еще мало изучена, поэтому она так интересна. Это одна из причин, почему я пошел в медицинский. Я преодолел любые сложности, которые возникнут у меня на пути, и я стану тем врачом, которым я хотел стать всю мою сознательную жизнь.

"СЕЗАМ", ОТКРОЙСЯ!

Папазян Д. Г.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – к.фил.н., ст.преп. Гайфуллина А.Г.

В анатомической терминологии по отношению к некоторым костям можно встретить определение "сесамовидная". Так обозначаются надколенник, гороховидная кость, а также несколько небольших костей стопы и кисти.

Интересно то, что это название не привязано по своему значению к какой-нибудь части тела, анатомической области. Кроме того, оно привлекает своим происхождением. Слово *sesam* имеет арабские корни и означает "семя кунжута". Действительно, сесамовидные кости так же, как и кунжутное семя, имеют эллипсоидную двояковыпуклую форму.

Но можно провести ещё одну параллель: это слово напоминает о волшебных сказках Востока. Например, в сказке "Али-Баба и сорок разбойников" звучит фраза "Сезам, откройся!" при обращении к некоей таинственной двери, защищающей сокровища от посторонних. И как в сказках Сезам скрывает, охраняет богатства, так в анатомии сесамовидная кость защищает связки от чрезмерного натяжения и травмирования во время сгибания суставов.

ЗНАЧЕНИЕ АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА ДЛЯ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА

Насибуллина Я.Р.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – к.п.н., доц. Макарова О.Ю.

В наши дни английский язык превратился в международный язык общения. Он заменил французский язык в качестве языка дипломатии, а также выступает официальным языком международных организаций. Знание английского языка — своего рода определённый показатель многих качеств человека. Знание языка в профессиональной деятельности дает возможность более быстрого карьерного роста, в том числе и для специалистов социальной работы.

Актуальность изучаемой темы обусловлена сформировавшимся в современной социокультурной ситуации внедрением английского языка во все сферы жизнедеятельности современного мира.

Целью работы является выявление значимости и актуальности знания иностранного языка для специалистов социальной сферы, работающих в самых различных областях.

В данной работе использовались такие методы исследования, как анализ теоретического материала, социологический опрос, сравнение статистических данных.

В результате социологического опроса мы получили такие результаты: 87% опрошенных на вопрос «Считаете ли вы важным знание английского для специалиста социальной работы?» ответили положительно. 10% считают, что без этого знания можно обойтись социальному работнику в России; 3% не смогли ответить так как не были осведомлены чем занимаются специалисты данного направления.

При интеграции всей деятельности, произведенной нами в ходе исследования, необходимо отметить, что социальный работник является отчасти языковой личностью. Данное утверждение исходит из основных его компетенций, в которые входит умение изъясняться корректно и литературно, так как это вызывает доверие и уверенность у клиента. Более того, на данный момент специалист со знанием иностранного языка, в частности английского, может работать в таких сферах и направлениях, как помощь в организации Всемирной летней универсиады 2013 года; Олимпийских и Паралимпийских зимних игр "Сочи 2014"; миграционных служб; трудоустройство граждан со знанием русского языка на базовом уровне; регулирование проблем мигрантов; возможность участия в международных встречах организаций социальных работников для перенимания и сопоставления опыта других стран;

Таким образом, неоспорим тот факт, что развивающемуся обществу нужны современно образованные, нравственные, предприимчивые люди.

АНГЛИЙСКИЕ ЗАИМСТВОВАНИЯ В РУССКОМ ЯЗЫКЕ

Хакимзянова А. А.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – к.п.н., доц. Макарова О.Ю.

Современный русский язык — один из богатейших языков мира. Одним из способов развития современного языка является заимствование иностранных слов. Это естественный и необходимый процесс языкового развития.

Цель: анализ значения и места английской лексики в системе русского языка.

Заимствованные слова сыграли значительную роль в обогащении русского языка, особенно в области научно - технической и политической терминологии.

Приток заимствованных слов увеличился в 90-е годы. После вступления страны в новую общественно - политическую формацию, а также свободные рыночные отношения, английские заимствования заняли ведущие позиции в политической жизни страны (*inauguration, electorate*), иноязычные термины господствуют в передовых отраслях науки (*computer, monitoring*), в финансово-коммерческой деятельности (*broker, manager*). В культурной сфере все чаще встречаются слова (*pop-music, western*).

Основной причиной заимствования иноязычной лексики признается отсутствие соответствующего понятия в основной базе языка. Другой причиной является замена при помощи иностранного слова понятия, которое в русском языке обозначается словосочетанием. Английские слова *sniрer* и *sрrint* заменили собой сочетание меткий стрелок и бег на короткие дистанции.

В наше время вопрос о целесообразности использования английских заимствований связывается с закреплением лексических средств за определенными функциональными стилями речи. Употребление иноязычных слов, имеющих ограниченную сферу распространения, может быть оправдано читательским кругом, стилевой принадлежностью произведения. Иностранная терминологическая лексика является незаменимым средством лаконичной и точной передачи информации в текстах, предназначенных для узких специалистов, но может оказаться и непреодолимым барьером для понимания научно-популярного текста неподготовленным читателем.

Исследованный материал позволяет сделать выводы, что заимствованные слова обогащают нашу речь, делают ее более точной, подчас экономной. В наш бурный век поток новых идей, информации, технологий требует быстрого названия предметов и явлений, заставляет вовлекать в язык уже имеющиеся иностранные названия, а не ожидать создания самобытных слов на русской почве.

ВЛИЯНИЕ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА НА АНГЛИЙСКУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ЛЕКСИКУ

Галлямова Л.И.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – ст.преп. Лукина М.В.

Влияние одного языка на другой неизбежный процесс. Если рассматривать словарный состав английского языка, то все входящие в него слова следует считать английскими, за исключением таких слов, которые своей формой выдают иностранное происхождение. На самом же деле, исконно английскими являются слова, известные с древнеанглийского периода. Они составляют меньшую часть английской лексики. Остальная часть словарного языка - слова иноязычного происхождения, пришедшие из латинского, греческого, французского, скандинавских и других языков.

Слова иноязычного происхождения называются заимствованными. Латинские элементы в словаре английского языка занимают значительное место.

Задачи:

1) Проследить пути и способы обогащения научной английской лексики на основе изучения медицинских терминов латинского происхождения.

2) Определить роль заимствований и их место в словарном составе английского языка.

Цель работы: проанализировать влияние латинского языка на английскую медицинскую лексику.

Метод исследования: проверить опытным путем, на сколько узнаваемы английские медицинские термины, заимствованные из латинского языка.

При сравнении лексических единиц можно провести параллель между словами общего корня двух языков, показать полную или почти полную идентичность содержания учебного лексического материала двух языков.

Проведя эксперимент, сделав этимологический анализ заимствованных латинских слов в английском языке, можно предположить, что: латинские заимствования обогащают английский язык, и помогают студентам более быстро и качественно усвоить медицинскую лексику, и применить её в устной речи.

SYNONYMY IN ENGLISH

Шакурова М.Ф.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – ст.преп. Загряцкая А.А.

Problem: Expressivity as a communicative quality of speech. Use of synonyms indicates good knowledge of language. Synonyms help to make speech expressive and stylistically marked.

Object: To trace how general expressivity of speech is achieved by means of synonyms. The main role of synonyms is to make speech expressive, flexible, to convey the subtle shades of meaning, to name similar but different phenomena, characteristics and qualities.

Method of solving the problem: There are three methods of synonymic studies: descriptive, comparative and method of contextual analysis.

Synonyms in English help to enrich speech and to find suitable word. For example, these are such words as buy and purchase, begin and commence, understand and comprehend, yearly and annualy, youth and adolescence. «The great variety of synonyms belonging to different parts of speech is a means of emphasis», used both in written and oral forms of speech.

Synonyms make speech sound natural and idiomatic. For example, 3 adjectives empty, blank and hollow have similar meaning but if we are speaking about flat we'll say empty flat, about spaces - blank spaces and about compliments - hollow compliments. It is precisely what distinguishes speech of a native speaker from that of learners and makes it meet the requirements of professional knowledge of language.

Synonymy can refer text to this or that style and make it more or less formal. For example, feline is more formal than cat and hire is less formal than employ. We can easily define whether text belongs to colloquial style or to academic writing and produce texts of different registers by ourselves.

In English there exists such phenomenon as synonymic condensation - the use of words bearing on the same idea for the sake of emphasis. It is typically English feature of language that is widely used in fiction in order to provide special artistic effect.

Conclusion: Synonyms are riches of the language. The more synonymic system is developed, the more opportunities of thought expression there are. Synonymy helps to avoid the use of the same words and word combinations in speech and to preserve the meaning of the text at that.

О НЕКОТОРЫХ ПРЕДЛОЖНО-ПОСЛЕЛОЖНЫХ СООТВЕТСТВИЯХ РУССКОГО И ТАТАРСКОГО ЯЗЫКОВ

Мусаева С.Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель- к.фил.н., доц. Фидаева Л.И.

Послелого татарского языка по своей грамматической функции соответствуют русским предлогам и управляют определенными падежами. Вот некоторые из них.

Послелого с именительным падежом:

Белән — с (кем-то, чем-то)

врач белән сөйләшегез — поговорите с врачом

бәйрәм белән котлыйм — поздравляю с праздником

Белән передает также и творительный падеж:

Диабет (шикәр авыруы) белән авырыйм. — Болею диабетом.

Балагыз грипп белән авырмадымы?— Ребенок ваш не болел гриппом?

Борыныгыз белән сулагыз! — Дышите носом!

Аркагыз белән борылыгыз! — Повернитесь спиной!

Фурацилин белән юыгыз! — Промойте фурацилином!

Здесь нужно отметить, что довольно широко распространена интерференция формы основного падежа с послелогом белән на русскую речь учащихся и студентов –татар, проявляющаяся в том, что в словосочетаниях, выражающих объектные отношения со значением орудия, посредством которого совершается действие, под влиянием указанной формы татарского языка существительное в форме творительного падежа употребляется вместе с предлогом с(со): резать с ножом вместо правильного резать ножом, писать с ручкой вместо писать ручкой.

турында — о, об

Кем турында әйтәсез? — О ком вы говорите?

өчен — для, ради

сәламәтлек өчен файдалы — полезно для здоровья

сезнең өчен зыянлы — вредно для вас

Өчен может выполнять и функции предлога за:

балагыз өчен борчылмагыз — не беспокойтесь за вашего ребенка

Примечание. С этими послелогом вместо местоимений мин, син и т.д. употребляются местоимения минем, синең и т.д.:

минем белән — со мной, синең белән — с тобой и т.д.

минем өчен — для (ради) меня, сезнең өчен — для (ради) вас и т.д.

сезнең турында — про вас, аның турында — о нем.

Но: алар белән — с ними, алар өчен — для них, алар турында — про них.

Послелого с направительным и исходным падежами:

Кадәр (чаклы, хәтле) — до

кичкә кадәр (чаклы, хәтле) көтегез — ждите до вечера

сәгать 5кә кадәр су эчмәгез — не пейте до 5 часов

билгә кадәр чишенегез — разденьтесь до пояса

соң — после

травмадан соң бертуктаусыз башым авырта — после травмы постоянно болит голова

аштан соң эчегез — пейте после еды

сәгать 9дан соң шалтыратыгыз — позвоните после 9 ч.

бирле — с

Кайчаннан бирле авырыйсыз? — С какого времени болеете?

Иртәдән бирле башым авырта. — С утра голова болит.

Көздән бирле бик каты йөткерәм. — С осени очень сильно кашляю.

Таким образом, в русском и татарском языках имеются соответствующие средства связи слов. Больше всего таких соответствий наблюдается среди предлогов и послелогов. Но это не постоянные соответствия. Во многих случаях проявляется специфичность употребления тех или иных средств связи слов. Эти различия объясняются тем, что функции русских предлогов намного шире функций послелогов в татарском языке. И поэтому указанные условные соответствия следует употреблять осторожно, учитывая специфичность каждого из них.

СОВРЕМЕННЫЕ РАЗРАБОТКИ ПРОТИВ СПИДА

Даво Дона

Казанский государственный медицинский университет
Руководитель — к.фил.н., ст.преп. Светлова Р.М.

Синдром приобретенного иммунного дефицита – состояние, развивающееся на фоне ВИЧ-инфекции и характеризующееся падением числа CD4+лимфоцитов, множественными оппортунистическими инфекциями, неинфекционными и опухолевыми заболеваниями.

Вирус СПИДа, один из самых опасных вирусов для людей, который, в активном состоянии, уничтожает иммунную систему организма и, во многих случаях. Приводит к летальному исходу.

Несмотря на то, что вакцины от ВИЧ-инфекции до сих пор не было создано, и полностью Вич-инфекция не излечивается. Всё же в настоящее время установка на то, что ВИЧ-инфекция смертельная болезнь, и спасения от нее нет, уже не верна.

Цель лечения ВИЧ-инфекции – максимальное продление жизни больного и сохранение её качества. Современное лечение требует комбинированной терапии – одновременного применения двух, трех или более противовирусных препаратов. Данные средства воздействуют на оба белка, входящие в состав вируса. Такое лекарство от СПИДа позволяет подавлять активность вируса до такой степени, что его не может обнаружить даже самый чувствительный анализ.

Как правило, через 2-6 недель после заражения ВИЧ распространяется в организме человека. Он может почувствовать симптомы гриппа, и, когда станет лучше, при ВИЧ инфекция не погибнет. Каким-то образом ВИЧ избегает полного уничтожения и тратит годы на восстановление, медленно и постепенно уничтожая нашу иммунную систему.

Безусловно вместе с несомненными положительными свойствами, противовирусные препараты, к сожалению, имеют и недостатки. Например, большая стоимость курса, возникновение тяжелых побочных эффектов и, наконец, привыкание вируса к препарату.

На сегодняшний день самым эффективным средством является профилактика ВИЧ-инфекции. Ученые всего мира делают все возможное, чтобы в ближайшее время было разработано эффективное средство против ВИЧ. И хотя некоторые успехи в этой области есть, вакцина от инфекции пока не изобретена. Поэтому профилактика ВИЧ – это надежный и гарантированный способ защиты от инфекции, и результаты его зависят от поведения каждого человека.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И БИОЛОГИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ СТРЕССА, СВЯЗАННЫЕ С УЧЕБОЙ В УНИВЕРСИТЕТЕ

Шуджазада Талиха

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – к.фил.н., ст.преп. Светлова Р.М.

Стресс - это состояние психофизиологического напряжения, совокупность защитных физиологических реакций, наступающих в организме человека в ответ на воздействие различных неблагоприятных факторов.

Стрессор - неблагоприятный фактор, вызывающий в организме состояние напряжения – стресс, например, холод, голод, жажда, психические и физические травмы.

Не секрет, что большинство студентов в университете испытывают нервное напряжение и стресс. Отношения с однокурсниками не всегда бывают благожелательными. Большинство сверстников хотят, чтобы студент был таким же, как все, поступал соответственно их представлениям. В такой социальной среде надо уметь общаться со всеми, не ущемляя ничьёго достоинства. Напряжённая учебная деятельность, экзамены вызывают стрессовое состояние. Некоторых студентов домашние задания приводят к нервозности, нервным срывам. Через такие испытания проходят многие. Важно научиться и преодолевать стресс. Для этого следует запомнить следующие правила:

1. Проанализируйте, чем вызывается стрессовое состояние, определите ситуации, которые чаще провоцируют стресс.

2. Постарайтесь определиться с этими вопросами, разобрав, как поступать в той или иной ситуации, ведущей к стрессу.

3. Не усугубляйте ситуации, не затягивайте с решением проблем. С накопившимися проблемами труднее справиться, а это приводит к новой волне стресса.

4. Просите о помощи. Это не стыдно. Даже самому сильному человеку не всё по зубам.

Как ни странно, в стрессе есть и положительные стороны. Во-первых, если вы испытываете стресс от учёбы или отношений с окружающими и вас беспокоит успеваемость и мнение других, значит, у вас есть совесть. А бесстыливый человек чаще поступает правильно. А во-вторых, стресс поможет закалить характер и научит выносливости. А это обеспечит неплохое будущее.

АДАПТАЦИЯ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ КГМУ К ЖИЗНИ В КАЗАНИ

Уэссу Идриссу Янник

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – к.фил.н., ст.преп. Светлова Р.М.

В современном мире интенсивно развиваются межгосударственные образовательные контакты, увеличивается количество молодых людей, желающих получить образование за пределами своей страны. Успешность обучения иностранных студентов, уровень их профессиональной подготовки в значительной степени зависят от социокультурной адаптации в стране пребывания.

Процесс адаптации, вхождения в новую среду у каждой национальности своеобразен. Для одних сложности в одном, для других – в другом. Студентам из южных стран тяжело привыкнуть к климату, к пище. Различия в культуре также вызывают большие сложности. У представителей юго-восточной Азии совершенно другой менталитет. Им сложно сразу принять наши обычаи. Педагогическая система у них построена в другом стиле. Взаимоотношения преподавателей и студентов отличаются. Приходится преодолевать эти барьеры. Кому-то это дается безболезненно, а кто-то сталкивается с трудностями.

В вузах Казани обучается большое количество иностранных студентов. В данный момент в КГМУ обучается большое количество иностранных студентов, приехавших из стран Африки, арабских стран, Индии, Азербайджана, Америки и многих других. Приезжая в Казань, они встречаются с большим количеством проблем, основной из которых является трудность изучения и понимания русского языка, что приводит к неполному и недостаточному получению знаний на лекциях и практических занятиях.

Так же серьезной проблемой являются климатические условия, требующие долгой и тяжелой акклиматизации, поэтому некоторые студенты часто болеют и не могут посещать занятия, что опять-таки приводит к снижению качества образования.

Так же серьезной проблемой является незаслуженно плохое отношение некоторых местных жителей к иностранным студентам.

Обучению и усвоению русского языка способствуют опытные преподаватели, которые так же помогают иностранным студентам лучше понять окружающую их среду и научиться защищать себя в новом окружении, поэтому уроки русского языка проходят в теплой обстановке.

КВАБЕНА ФРИМПОНГ БОАТЕНГ – ВЫДАЮЩИЙСЯ ХИРУРГ СОВРЕМЕННОСТИ

Ачеампанг Бенедикт

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – к.фил.н., ст.преп. Вагапова И.Б.

Каждая страна знает, любит и гордится своими героями.

Одним из таких героев Ганы является всемирно известный кардиохирург Квабена Фримпонг Боатенг.

Фримпонг Боатенг начальное и среднее образование получил в колледже в Секонди Секонди в западном регионе Ганы.

Уже при поступлении в Университет Ганы Квабена Фримпонг Боатенг показал впечатляющие результаты, а при его окончании был первым кандидатом на получение степени бакалавра медицины и бакалавра хирургии, а также лауреатом премии Easton, как лучший студент в хирургии. По окончании университета Квабена Фримпонг Боатенг проходил стажировку в клинической больнице Korle-Bu, а затем работал в качестве врача в клинике Komfo Anokye.

С 1978 по 1988 Квабена Фримпонг Боатенг провел в Германии в Ганновере, где он получил несколько академических квалификаций: общего, торакального и сосудистого хирурга. Он был одним из пионеров программы трансплантации сердца в Ганновере.

После возвращения в Гану Квабена Фримпонг Боатенг работает кардиохирургом и становится инициатором и создателем Национального Кардиоторакального центра в клинической больнице Korle-Bu первого в стране.

Он также организует благотворительный фонд – Ghana Heart Foundation, который обеспечивает оплату операций на сердце для некоторых неимущих жителей Ганы.

Он становится главным исполнительным директором клинической больницы Korle-Bu в Аккре, премьер-министром здравоохранения Ганы, является директором Национального центра Ганы, президентом фонда сердца и общества Красного Креста.

Квабена Фримпонг Боатенг является профессором Медицинского Университета Ганы. В 2002 году он был избран в Академию Искусств и Наук, где своей вступительной лекцией заслужил продолжительные аплодисменты.

Жизнь профессора Квабена Фримпонга Боатенга достойна подражания для всех.

МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР PRINCE COURT - ГОРДОСТЬ МАЛАЙЗИИ

Саид Наим Шач

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – к.фил.н., ст.преп. Вагапова И.Б.

Одним из наиболее известных медицинских центров Малайзии является «Prince Court».

Это частное медицинское учреждение, принадлежащее национальной нефтяной компании «Petronas».

Оно расположено в центре столицы страны Куала-Лумпуре. Это современное многопрофильное медицинское учреждение оказывает комплексную медицинскую помощь по самым высоким международным стандартам мирового уровня, использует новейшие диагностические методы, инновационные технологии и комфортабельный сервис.

«Prince Court» располагает 300 стационарных мест, поликлиникой и дневным стационаром. В центре работают несколько специализированных центров: «Сердце и Легкие», «Женщина и Ребенок», «Онкология», «Урология, Нефрология и Мужское здоровье», «Пластическая хирургия», а также Центр Модификации стиля жизни.

Основой высочайшего уровня медицинских услуг является не только щедрое финансирование, но и компетенция специалистов, обязательным условием для которых является обучение в лучших медицинских учебных заведениях США и Западной Европы, а также сотрудничество с клиникой Венского университета (Австрия).

Несмотря на то, что целью «Prince Court» является стать ведущим поставщиком медицинских услуг Азии, лечение проходят более 1000 пациентов в год из различных стран мира: Италии, Израиля, Англии, Франции, Германии, Франции, России.

МЕЖДУНАРОДНАЯ СТУДЕНЧЕСКАЯ ЖИЗНЬ В РОССИИ

Патил Вивек

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – к.фил.н., ст.преп. Вагапова И.Б.

Каждый год число иностранных студентов, приехавших в Россию для получения высшего образования, увеличивается. Они проходят адаптацию, которая включает в себя не только оптимизацию функционирования организации, но и обеспечения сбалансированности в системе "организм-среда". Вопрос адаптации рассматривается на личном опыте автора и опыте других иностранных студентов. Первая проблема, с которой сталкиваются иностранные студенты после прибытия, как правило, финансовые недоразумения из-за использования другой валюты, к которым прибавляются языковые трудности.

Студенты попадают в неудобные ситуации, когда они с трудом объясняются в бытовой сфере: проблемы возникают при покупке товаров в магазине, в транспорте, в парикмахерской, в билетной кассе и т.д.. Только через жесты, отдельные фразы на английском или русском языке, иностранные студенты могут общаться с русскими. Непонимание жестов и высказываний порой вызывают смех, удивление, что очень огорчает и сбивает с толку иностранных студентов, вызывает стресс. Многие студенты жалуются на потерю аппетита, усталость, вялость, бессоницу, плохое настроение.

Адаптация иностранных студентов к новым условиям должна быть гибкой. Необходимо учитывать уровень базовой подготовки студента, уровень знания русского языка, индивидуальные способности к обучению, особенности национального менталитета.

Изучение русского языка не вызывает особых трудностей и, как правило, предоставляется на очень высоком уровне. Основной адаптации иностранных студентов является быстрое и эффективное освоение русского языка. Чем лучше происходит изучение языка, тем более эффективно будет происходить адаптация, тем быстрее иностранные студенты перестают стесняться, могут формулировать свои просьбы и вопросы на русском языке.

Одним из важных аспектов адаптации студентов является общение с русскими друзьями, совместные мероприятия, праздники, экскурсии и прогулки, посещение музеев, выставок, концертов, театров, проведение встреч и вечеров интернациональной дружбы со студентами других вузов.

ЯЗЫКОВЫЕ СРЕДСТВА ВЫРАЗИТЕЛЬНОСТИ В ОПИСАНИИ МЕДЭКСПЕРИМЕНТОВ (ПО РАССКАЗАМ М.А. БУЛГАКОВА "ЗАПИСКИ ЮНОГО ВРАЧА")

Курбанова А.Ш.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – к.п.д., доц. Феоктистова Т.В.

«Записки юного врача» - цикл рассказов, в основу которых положена медицинская практика врача М. Булгакова. Главный герой рассказов – молодой неопытный врач деревенской больницы, которого, несмотря на успешно проведенные сложнейшие операции, преследует не только удача.

Целью исследования является анализ употребляемых в описании медицинских экспериментов языковых средств выразительности, с помощью которых автору удается достичь большей художественной значимости. Понимание специфики их употребления позволяет глубже понять замысел автора, почувствовать реалистичность происходящего.

Внутренние диалоги с многочисленными вопросительными предложениями, ирония («негодный университетский груз», «злосчастный эскулап», «юный неврастеник») позволяют передать чувство страха и неуверенности врача перед операциями, что не мешает ему в критичные моменты проявлять стойкость, мужество и собранность. С помощью ярких эпитетов («бумажное лицо», «мятые мышцы»), образных сравнений и выразительных метафор («лежала, как труп», «полоснул, как опытный мясник», «как гипсовая, неподвижная, потухала красота») подчеркивается натуралистичность описания. Медицинская терминология позволяет усилить достоверность описания врачебных действий, а также подчеркнуть необходимость в подобных ситуациях оперативной квалифицированной медицинской помощи («трахеотомия», «дифтерийный круп», «гнойный аппендицит», «ущемленная грыжа»).

Внимательное прочтение, анализ языковых единиц помогают нам, как будущим врачам, сделать вывод: спасению человеческих жизней способствуют новые знания, стремление к самосовершенствованию и профессиональному развитию.

ПОСЛЕДСТВИЯ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ ДЛЯ ДЕТЕЙ ИЗ СЕКТОРА ГАЗА И ОКАЗАНИЕ ИМ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Эдван Исмаил М.А.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – к.фил.н., асс. Аликова Е.А.

Среди палестинских жителей более 50% составляют дети. Это самая незащищенная и наиболее уязвимая группа населения. Военные действия, происходящие в секторе Газа, оставили сильный отпечаток на их несформированной психике. Дети становились невольными свидетелями ежедневного насилия, страданий, наблюдали взрывы, разрушения жилых домов. Более того, огромное количество детей пострадало от огнестрельного оружия, ракет. Многие семьи в результате войны потеряли своих детей.

Состояние детей, переживших военные действия в секторе Газа, вызывает сегодня тревогу. Так, например, до 80% палестинских детей страдают от поведенческих проблем. Многие дети нередко бурно выражают свои эмоции, вспыльчивы, агрессивны, при этом у них часто меняется настроение, появляется плаксивость. У подростков возникают вредные и опасные для здоровья пристрастия: сигареты и наркотики. Часть детей сталкивается с когнитивными проблемами, разного рода нарушениями восприятия, невозможностью сконцентрироваться. Ночью у ребенка выявляются другие проблемы. В это время дети испытывают сильное чувство страха, поэтому особенно остро нуждаются в защите. Многие из них страдают от нарушений сна, ночных кошмаров, некоторые сталкиваются и с неконтролируемым ночным недержанием мочи. У детей часто обнаруживают психические заболевания, среди которых наиболее распространенные – посттравматическое стрессовое расстройство, депрессия.

Безусловно, дети, ставшие невольными свидетелями конфликтных ситуаций в секторе Газа, нуждаются сегодня в защите и психосоциальной реабилитации. В настоящее время в секторе Газа существуют организации, в которых реализуется программа психологической помощи детям, пережившим военные действия. Данная программа направлена на улучшение детского благополучия. Она помогает детям восстановить душевные и физические силы, снять стресс, повысить уровень эмоциональной устойчивости, почувствовать себя частью общества, осознать свою значимость. Кроме того, дети нуждаются в заботе со стороны близких, родственников. На наш взгляд, для коррекции поведения детей, эмоциональной регуляции взрослым необходимо использовать элементы культуры, традиции, приобщать детей к музыке, песням, играм и сказкам.

РОЛЬ СКОРОГОВОРК В ИЗУЧЕНИИ ИНОСТРАННОГО ЯЗЫКА

Загаде Вишаха

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – к.п.д., доц. Феоктистова Т.В.

Скороговорка как лингво-стилистическое явление встречается во многих языках мира (в английском - *tonguetwister*; в русском - ранее - чистоговорка и т.д.). Скороговорки особенно полезны при изучении иностранного языка, так как являются замечательным средством развития речи, точнее артикуляционно-речевого аппарата. Как известно, хорошая дикция – залог успешной адаптации к условиям обучения. Кроме того, скороговорки приносят массу положительных эмоций, позволяя мотивировать познавательную деятельность иностранных студентов в изучении языка.

Цель работы – выявить функции скороговорок в процессе изучения языка с целью повышения интереса в изучении русского языка как иностранного, т.е. обучения без принуждения.

Скороговорки представляют собой специально придуманные фразы с труднопроизносимым подбором звуков, проговаривать которые надо быстро, четко и без запинок. Так, скороговорка Проворонила ворона вороненка учит правильно произносить согласные в, р, н и сочетание оро. Кроме того, многие скороговорки, в том числе и данная, имеют прямое и переносное значение. Лексические задания подобного типа позволяют работать и над расширением словарного запаса учащихся.

И в родном, и в изучаемом языке скороговорки выполняют следующие функции:

- 1) улучшают подвижность языка, артикуляционного аппарата;
- 2) развивают слуховое внимание;
- 3) тренируют правильное произнесение звуков, хорошую дикцию;
- 4) позволяют расширить и обогатить словарный запас;
- 5) помогают развивать и совершенствовать память.

Итак, скороговорки позволяют не только скорректировать свою речь в процессе изучения русского языка как иностранного, но и быстрее адаптироваться к условиям обучения, что не менее важно для иностранных студентов.

РУССКИЙ ЯЗЫК И САНСКРИТ

Мандаокар Маниш
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.фил.н., асс. Аликова Е.А.

Санскрит является древнеиндийским языком. История его возникновения уходит в далекое прошлое. Санскрит относят к «мертвым» языкам. Он существует, функционирует и в настоящее время, но не развивается. Интересно, что на этом древнем языке до сих пор говорит часть населения Северной Индии, жители некоторых деревень. К изучению санскрита приобщают детей, поскольку учебная программа ряда школ подразумевает его освоение. В ряде школ Индии санскрит изучают в течение нескольких лет. Кроме того, санскрит нередко используют для написания художественных произведений. Известно, что утверждены премии, которые каждый год присуждают автору-победителю. Весьма интересно, что в настоящее время осуществляют переводы на санскрит классических произведений русской литературы.

На сегодняшний день сходство русского языка и санскрита является хорошо известным и неоспоримым фактом. Следует отметить, что ученые обратили на него свое внимание еще в XIX столетии. К сравнительному изучению данных языков, к выявлению у них общих признаков исследователи неоднократно обращались в научных работах, поднимая данную проблему на различных научных мероприятиях. Так, например, в 1964 году индийский лингвист Дурга Прасад Шастри опубликовал статью «Связь между русским языком и санскритом». Ученый обратил внимание на случаи сходства между языками, проявляющиеся на уровне синтаксиса, структуры слова, стиля. Среди российских исследователей большой вклад в разработку проблемы изучения санскрита, выявления аналогий между санскритом и русским языком внесла Вера Александровна Кочергина, автор учебника по санскритскому языку, санскритско-русского словаря.

Интерес к выявлению точек соприкосновения между русским языком и санскритом не ослабевает и в XXI столетии. Данная проблема продолжает волновать ученых, о чем свидетельствует появление новых научных работ (Светлояръ «Русский пантеон. Санскрито-русские созвучия» (2011)).

РОЛЬ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА В ФОРМИРОВАНИИ ЛЕКСИЧЕСКОГО СОСТАВА АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА

Мамедова С.Н.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - ст. преп. Гафурова Р.Ф.

Актуальность. Обращение к первоисточникам объясняет пути и способы взаимодействия древних культур в формировании словарного фонда английского языка.

Цель. Изучить первые свидетельства о влиянии греческого языка на формирование латинского языка и его культуры, взаимодействие которых создали условия для развития английского языка и осмысления жизни и быта его носителя.

Задачи. 1. Сопоставить источники о происхождении латинского языка в географическом и историческом контексте. 2. Выделить конкретно-исторические периоды заимствований из латинского языка. 3. Описать прямые и косвенные заимствования из латинского языка.

Методы исследования. Исторический, сравнительно-сопоставительный анализ, метод компонентного анализа.

Результаты. Согласно историческим данным римляне переняли письменность у этрусков, которые в свою очередь заимствовали её у греков, поселившихся в Великой Греции, в Кумах. Греческий язык и культура оказали существенное воздействие на формирование языка древних квиритов и становление самосознания народов Римской империи, превращении его в язык международного общения. Принято выделять несколько периодов греко-латинских заимствований в английский язык. Самый ранний период заимствований в древнеанглийский язык связывают с контактами германских племён с носителями латинского языка в Европе, а затем и на Британских островах. В течение XI-XIII, XV-XVI, XVII-XVIII вв. одни заимствования подверглись языковой ассимиляции, а другие сохранили свой облик.

Выводы. Английский язык - сложное явление. Он отражает историю приобщения английского народа к более развитой цивилизации того времени. Заимствуя широкий круг понятий, он вместе с тем сохранил свою самобытность и менталитет народа.

РЕАЛИИ В АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ

Вильямов Ф.А.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - ст. преп. Гафурова Р.Ф.

Актуальность. Вопрос о природе, типах реалий и способах их перевода является открытым. Вместе с тем слова-реалии выполняют особую функцию не только в контексте, но и в процессе межкультурной коммуникации. Широкою известностью получила такая область знания, как лингвострановедение.

Цель. Выявить типы реалий и провести анализ способов их передачи при переводе на русский язык на основе художественной литературы. ("The Grass Harp", "Breakfast at Tiffany's", "In Cold Blood").

Задачи. 1. Ознакомиться с научной литературой по проблемам реалий как слов, имеющих культурный компонент в значении. 2. Выделить особенности употребления реалий.

3. Классифицировать слова-реалии, встречающиеся в литературе. 5. Выявить преобладающий прием передачи фоновых слов.

Методы исследования. Метод контекстуального анализа, метод компонентного анализа, экстралингвистическая интерпретация фактов языка.

Результаты. Реалии имеют широкое и узкое «хождение», т.е. присутствуют в обоих языковых коллективах или имеют дополнительное значение в одном из них; могут быть свойственны лишь одному языковому коллективу. В разных обществах сходные функции осуществляются разными реалиями.

Выводы. В реалиях фиксируется тесная связь между языком и культурой. Они быстро реагируют на происходящие события в обществе. Среди них принято выделять реалии-неологизмы, историзмы, архаизмы и другие элементы. Если не учитывать характер их предметного содержания, то при переводе могут вкратиться грубые ошибки, которые не следует допускать. Поэтому каждый из типов реалий требует к себе избирательного подхода, т.к. они выполняют специфические функции в конкретно взятых ситуациях.

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ ТУРКМЕНИСТАНА

Сапармырадова Шахыбостан
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.п.н., доц. Евдокимова А.Г.

Осень, зима и весна - это время частых простуд и гриппозных инфекций. Так называемые ОРВИ (острые респираторные вирусные инфекции) вызываются патогенными микроорганизмами, преимущественно вирусами. Они способствуют появлению и обострению других заболеваний: бронхита, пневмонии, нарушений деятельности сердца, почек, прочих органов. А раз так, нужно научиться справляться с гриппом и ОРВИ в самые короткие сроки.

Применение антибиотиков, синтетических жаропонижающих средств не всегда безопасно, вызывает осложнения. Лучше проводить симптоматическую терапию, которая помогает преодолеть болезнь собственными защитными силами организма. Помочь в этом способны лекарственные растения.

Учёные всего мира «бьются» над созданием различных вакцин против гриппа, в том числе на основе растительного материала. В Туркменистане также имеются очень интересные растения, перспективные для создания лекарственных средств для борьбы с различными вирусными инфекциями.

Например, *володушка серповидная* (буплеурум-туркм.) - очень распространённое растение в Центральной Азии; используются как трава, так и корни. При сильном гриппе необходимо принимать внутрь отвар володушки, смешанной с солодкой. Володушка снижает артериальное давление, поэтому проходит головная боль, снижается температура тела, исчезают озноб и мышечные боли.

А плоды *можжевельника туркестанского* (арча - туркм.) богаты эфирными маслами. Для лечения готовится отвар, помогающий при болях в груди и кашле.

Левзея сафлоровидная - легенда восточной медицины - эффективна против гриппа, при инфекционно-простудных заболеваниях. Синоним названия - *маралий корень*. Редкое эндемичное растение произрастает в высокогорных областях Центральной Азии.

Окуривание *чабрецом* (кякилик оты - туркм.), можжевельником, веточками гармалы (юзярлик - туркм.) уменьшает на 95-99% бактериальную загрязненность помещений. Это эффективно там, где одновременно собирается много людей.

Для профилактики простудных заболеваний следует обратить внимание на *девясил* (акаргюль - туркм.). При простуде он используется в качестве отхаркивающего, потогонного и мочегонного средства. Он богат фитонцидами, подобно свежему луку или чесноку, но не имеет резкого запаха.

ТРАДИЦИОННАЯ МЕДИЦИНА В СОВРЕМЕННОЙ НИГЕРИИ

Айансола Олуватосин
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.фил.н., ст.преп. Вагапова И.Б.

Здоровье является самым драгоценным из всех вещей, и это является основой счастья. Народная медицина Нигерии так же стара, как мир в Нигерии. Развитие традиционной медицины в Нигерии привело к появлению различных категорий целителей, различным методам лечения, стратегий и лекарств или средств. Британские колонизаторы стали развивать ортодоксальную медицину, и сегодня в стране существуют обе медицинские системы. У обеих есть главная цель лечения - контроль или профилактика заболеваний и поддержание хорошего здоровья населения.

Большинство нигерийцев, особенно проживающие в сельских общинах, не имеют доступа к ортодоксальной медицине и считается, что около 75 процентов населения по-прежнему предпочитает решать свои проблемы со здоровьем, обращаясь к знахарям. Многие сельские общины имеют большую веру в традиционную медицину, так как они считают, что в ней нашла отражение мудрость отцов-предков, которые признают их социально-культурный и религиозный менталитет, которым ортодоксальная медицина пренебрегает.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) признает, что традиционная медицина является суммой всех знаний и практик, используемых в диагностике, профилактике и ликвидации физических, психических или социальных недугов, и опирается, исключительно, на практический опыт и наблюдения, которые передаются из поколения в поколение, независимо от того, как они передаются - устно или письменно. Благодаря этим описаниям, известны различные формы лекарственных препаратов и терапевтических методов лечения, таких как фитотерапия, массаж, грязевые ванны, музыкальная терапия, рефлексотерапия, танцевальная терапия, гидротерапия и другие.

Существование традиционной медицины показывает, что большая страна размером с Нигерию, с различными культурами и традициями, вправе иметь альтернативную богатую традициями медицину, должна иметь EMI NENT и уважаемых народных целителей, чтобы заботиться о благополучии и здоровье населения.

ЭТИМОЛОГИЯ ТАТАРСКИХ БЫТОВЫХ НАЗВАНИЙ БОЛЕЗНЕЙ

Сагидуллина Л.Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.ф.н., ст.преп. Р.М. Амирова

В народной медицине сложились свои, «простонародные» названия болезней, но по мере интенсивного развития науки усваиваются и входят в массовое употребление научные термины. Постепенное вытеснение из обихода устаревших понятий - вообще характерное для бытования языка явление. Однако многие из старинных терминов сохранились до наших дней и звучат они уже непривычно, отчужденно, архаично.

Татарская медицинская терминология - часть лексики татарского литературного языка. Она непосредственно связана с историей татарского народа, с развитием его материальной культуры. Выявление наиболее древних, исконных названий болезней является одной из проблем национальной терминологии, которая требует особого внимания.

Цель данной работы - выявить наиболее употребляемые в медицине татарских бытовых названий болезней.

Несмотря на многообразие сложившихся подходов названий болезней, бытовые названия болезней помогают соотносить проявление болезней, их особенности, ведь это и требуется от названия. В татарском языке большую часть медицинских терминов составляют устойчивые словосочетания разных типов:

Эпилепсия (зыяндаш авыру, бума эхмәте, үз чире), стенокардия (күкрәк бакасы), косоглазие (кылый күзлелек), ангина (тамак бакасы), плоскостопие (аю табаны), псориаз (чи кутыр), киста (сусыл шеш), золотуха (төче авыруы), слоновость (фил авыруы), медвежья болезнь (аю чире), собачья мышца (эт чокыры мускулы), бизгәге (лихорадка сенная), печән томавы (насморок сенной), гәмбә авыруы (кондидимикоз), оспа (чәчәк авыруы), крапивница (кычыткан бизгәге), сыпь крапивная (кычыткан тимгеле) и т.д.

Исследование медицинских терминов имеет большое научное значение, так как оно дает возможность выявить ресурсы словотворчества в татарской медицинской терминологии, сформировавшейся в течение многих веков, определить источники образования этих названий, созданных татарским народом, раскрытых лексические и семантические особенности путем сопоставления отличительных и общих черт этих названий с нормами татарского языка.

ТАТАРСКИЕ НАРОДНЫЕ ПОВЕРЬЯ В МЕДИЦИНЕ

А.А. Халева

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.ф.н., ст. преподаватель Р.М. Амирова**

Народная мудрость, опыт, традиции, обычаи, приметы и поверья передаются из поколения в поколение, дополняясь все новыми и новыми, современными.

Поверья - это предание, основанное на суеверии, убеждении в существовании мистических связей между явлениями. Различные поверья, пришли в нашу культуру из языческих времен. Именно в те времена шло самое бурное развитие медицины, которая основное внимание уделяло траволечению. Прием разных травок сопровождался и разными ритуалами. Это та область знаний о природе, о которой традиционная медицина ничего не хочет слышать. Тем не менее, многие из нас знают примеров, когда врач при лечении детской грыжи, испуга и многого другого рекомендует родителям обратиться к «бабушке». И это не удивительно, потому что «бабушка» помогает. А использует она народную мудрость и опыт.

Цель данной работы показать, что народ нуждается в лечении методами наших предков. Особенности народной медицины каждого народа свидетельствует о значительном опыте, накопленном ими в течении веков в области лечения различных заболеваний и охраны здоровья.

РУССКИЙ ЯЗЫК В ИЗРАИЛЕ

Кондриа Виорика

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.п.н., ст. преп. Якубова Л.С.**

Цель данной работы – рассказать о распространении русского языка в Израиле.

Израиль – страна, жители которой приехали со всех концов света, говорят на разных языках, придерживаются разных традиций в быту. В стране два государственных языка: иврит и арабский. Однако везде можно услышать – русский, который действительно стал третьим языком Израиля, конкурируя с широко используемым в деловой и научной сферах английским.

В городах Израиля можно увидеть множество русских афиш, реклам, вывесок. В банкоматах, кроме иврита и арабского, предоставляется на выбор английский или русский. В некоторых телефонных информационных службах можно связаться с «русским» оператором. Действует служба психологической помощи на русском языке.

По статистике к началу 2004 года еврейское население Израиля составило 5,165 млн человек, из них около одного миллиона евреев – выходцы из бывшего Советского Союза, приехавшие после 1970 года, и их потомки. Практически все, кто приехал из бывшего СССР, говорят по-русски, а для большинства он является родным языком. Таким образом, по-русски говорит каждый пятый в Израиле.

Со дня основания Израиля языковая политика была важнейшим средством консолидации нации и создания единой культуры. В израильских школах действует программа обучения русскому языку как иностранному. С учетом культурологических факторов созданы новые учебники русского языка для израильских детей. В них даются не только грамматические упражнения, но и тексты из русской классической литературы.

Из России в Израиль приехало немало писателей, поэтов, публицистов, музыкантов, артистов, художников. В Израиле выходит целый ряд русских «толстых журналов», издаются около 50 газет.

В Израиле много русских книжных магазинов, где продаются книжные новинки на любой вкус. Русская городская библиотека Иерусалима обладает самым большим собранием книг на русском языке. В ней проводятся поэтические вечера, встречи с писателями, презентации книжных новинок. Существуют русскоязычные книжные издательства. Несколько театров ставят спектакли на русском. Часто в Израиль привозят свои спектакли российские труппы.

С 2002 года действует израильский телеканал «Израиль плюс», где передачи ведутся на русском языке с субтитрами на иврите. Помимо этого, кабельное или спутниковое телевидение, имеющееся примерно у 90% русскоязычных семей, дает возможность принимать и российские каналы. Наконец, Интернет и электронная почта позволяют русскоязычным евреям сохранять связь с Россией. Имеются и израильские новостные порталы, и форумы на русском языке.

Таким образом, в Израиле русский язык продолжает своё существование, и интерес к его изучению только растёт.

ДЕЕПРИЧАСТΙΑ В РУССКОМ И ТУРЕЦКОМ ЯЗЫКАХ

Йенг Кемаль

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.п.н., ст. преп. Якубова Л.С.**

В данной статье проводится сопоставление деепричастий в русском и турецком языках.

Деепричастие определяется как неизменяемая глагольная форма, которая выражает второстепенное, побочное, зависящее действие, поясняющее другое действие. Поскольку деепричастия представляют собой форму глагола, то им, как и всем другим глагольным формам, свойственен ряд общих глагольных признаков. В тех случаях, когда деепричастия выполняют ат-

рибутивно обстоятельственные функции при глаголе (личном или неличном), у них проявляются также некоторые черты, совпадающие с признаками наречий.

В турецком языке аффикс -ір, имеющий по закону гармонии гласных четыре фонетических варианта (-ір, -ір -ур, -ир), образуется путем присоединения к основе глагола ударного аффикса, например: alıp, gelip, konusup, usuup.

Деепричастие на -ір: 1. Может обозначать второстепенное действие, предшествующее во времени главному действию; переводится на русский язык частицей же, обычно от глаголов совершенного вида.

Например: Tramvaya binip eve gitti. «Сев на трамвай, он поехал домой». Dostum kitabı alıp okumaya başladı. «Взяв книгу, мой друг стал её читать».

2. Чаще всего названное деепричастие заменяет собой последующую глагольную форму, избавляя говорящего от необходимости употреблять в речи дважды однородные (по внешней форме) члены предложения (плюс союз ve «и»). Так, вместо gelmedi ve beklemedi лучше сказать gelip beklemedi - «Он не пришел и не дождался». Форма на —ір «заменяет» все аффиксы последнего глагола, за исключением залоговых. По этой функции деепричастие на -ір называют «соединенным деепричастием». Например: Konusup gulenler var. «Есть такие, кто разговаривают и смеются».

Отрицательная форма деепричастия на -ір употребляется редко, главным образом при наличии противительного оттенка.

Например: Sinemaya gitmeyip kitap okumaya başladı. «Он не пошел в кино, а стал читать книгу».

Любое турецкое деепричастие может иметь собственное подлежащее, отличное от подлежащего главной части предложения. Например: Bu kitap 112 sayfa olup, fiyatı 15 liradır. «В этой книге 112 страниц, и цена её 15 лир».

Если деепричастный оборот не имеет своего подлежащего, он обычно следует за подлежащим главного предложения (если оно выражено отдельным словом). Например: Dostum kitabı alıp uzaklaştı. «Взяв книгу, мой друг удалился». Русские предложения данного типа (в которых деепричастие предшествует подлежащему) могут быть также переведены на турецкий язык с использованием причастия на -an, -en.

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ КТ, РАДИОВИЗИОГРАФИИ И ПАНОРАМНОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА СТОМАТОЛОГА

Портнов И. А.

Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., доц. Юсупова А. Ф.

В современной стоматологии для постановки более точного диагноза и составления плана лечения используются различные методы лучевой диагностики: компьютерная томография (КТ), радиовизиография и панорамная томография зубных рядов.

Цель работы: Сравнительное изучение информативности различных методов лучевого исследования в стоматологической практике. Определение диагностических возможностей КТ, ее места в плане обследования больных.

Материалы и методы. Обследовано 30 больных на базе стоматологической поликлиники КГМУ. Из них 6 с пародонтозом, 8 с хирургической патологией, 12 после лечения периодонтита и пульпита, 4 со скрытым кариозным процессом. Всем больным проводились все три метода исследования. Исследования проводились на аппарате Planmeca, скриншоты сделаны в программах для компьютерной графики Romexis и Ez-Vision, на базе стоматологической поликлиники КГМУ.

Результаты и выводы: В результате сравнительного изучения информативности различных методов исследования было определено, что КТ является наиболее информативным методом исследования. Оценка измерения рентгеновского снимка при КТ проводится в объемной 3D модели, четко отображающая реальные размеры анатомических образований, а панорамные снимки и радиовизиографические исследования являются суммационными и не могут служить достоверной оценкой клинической ситуации. В плане лучевого обследования больных в стоматологии метод КТ, является методом выбора и показан всем больным.

ИССЛЕДОВАНИЕ КОСТНО-СУСТАВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

Ахмадуллина Р.Д.

Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., доц. Юсупова А. Ф.

Заболевания костно-суставной системы – это распространенная в настоящее время детская патология. Ранняя диагностика данных заболеваний играет большое значение в постановке диагноза и успешном лечении.

Цель исследования. Изучить информативность различных методов лучевого исследования в диагностике патологии костно-суставной системы у детей.

Материал и методы исследования. Проведен анализ литературы по данной проблеме и изучен рентгенологический архив и истории болезни детей с костно-суставной патологией.

В детской практике наиболее часто встречающимися являются внутриутробная дисплазия бедра, транзиторный синовит, болезнь Пертеса, врожденный и приобретенный сколиоз, эквинорусная косолапость, опухоли, артриты, остеохондропатии, остеомиелит и другие. Чаще всего у детей встречаются наследственно обусловленные заболевания костей суставов. Поэтому важным является правильный сбор анамнеза и изучение родословной ребенка. В плане лучевого обследования детей с перечисленной выше патологией используются различные методы лучевой диагностики.

Результаты. На основании изучения информативности, точности и специфичности методов были сделаны следующие выводы. Рентгенография играет ведущее, хотя в ряде случаев и не окончательное значение в диагностике костных поражений. Компьютерная томография позволяет уточнить диагноз, дает более четкое представление о размерах, формах и контурах патологического процесса, однако требует седации. Фистулография позволяет исследовать свищевые ходы при остеомиелите, туберкулезе, инородных телах и других заболеваниях.. Ангиография является инвазивным методом исследования, редко применяется в педиатрической практике, она может быть актуальна при сочетании с сосудистой патологией и при распознавании

опухолей кости. Артрография в настоящее время полностью замещена ультразвуковым исследованием, позволяющим изучить мягкотканые структуры в области суставов, определить выпот, поражение связочного аппарата и т.д.

Распространённость заболеваний костно-суставной системы, к сожалению, увеличивается с каждым годом. Поэтому при патологии костно-суставной системы у детей важно определиться с выбором надежной методики обследования, дающей полную информацию о развитии патологического процесса.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОДНОФОТОННОЙ ЭМИССИОННОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ (ОФЭКТ) ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ КОСТНОЙ ПАТОЛОГИИ

Измайлова М.А., Миндиярова Р.Ф.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., доц. Юсупова А. Ф.

Заболевания костной системы разнообразны. Основными являются дистрофические, воспалительные и опухолевые. Известно, что рентгенологические исследования предоставляют достоверную информацию для диагностики костно-суставной системы. Рентгенографию считают отправным пунктом. Но она определяет только структурные изменения кости, что не способствует ранней диагностике костной патологии на этапе функциональных изменений костной ткани.

Цель: Изучить возможности ОФЭКТ в диагностике костно-суставной патологии, в том числе костных метастазов.

Материалы и методы: 26 больных с костно-суставной патологией, находящихся на обследовании и лечении в РКБ МЗ РТ. В плане лучевого обследования больным проводились следующие методы исследования: рентгенография, продольная томография, остеосцинтиграфия, эмиссионная томография. Обследование больных проводилось на эмиссионном томографе фирмы BrightView SPECT, Philips, версия 1.0, сервисное обновление 2, Гамма-камере MB 9100, «Гамма» Венгрия. При остеосцинтиграфии использовался радиофармпрепарат (РФП) Пирфотех активностью до 700 МВк или 3-5 МВк на кг веса.

Результаты и выводы: В результате сравнительного изучения информативности различных методов лучевого исследования больных, имеющих заболевания костной системы, определения точности, специфичности и точности проводимых методов была определена высокая чувствительность метода ОФЭКТ в выявлении патологии костей. Чувствительность метода объясняется возможностью ранней диагностики костной патологии на стадии развития функциональных изменений. Это позволяет выявить патологию задолго до появления рентгенологических симптомов поражения кости.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЛЕГКОГО

Сунгурова Н.А., Сапронова Т.С.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., доц. Юсупова А. Ф., асс. Самигуллин А.А.

Рак легкого занимает первое место в структуре онкологических болезней. Ежегодно в России более 63000 человек, из них 53000 – мужчины, заболевают раком легкого. Более 20000, или 34,2%, выявляются в IV стадии заболевания. По данным М. Шляховского, при первом обращении больных раком легкого правильный диагноз устанавливается всего в 10,5% случаев, а остальных 89,5% предполагаются другие заболевания, причем в 29% случаев – туберкулез легких. При этом даже при использовании современных методов лечения пятилетняя выживаемость при раке легкого составляет лишь 10 %.

Диагностирование рака легкого на ранних стадиях весьма проблематично вследствие отсутствия патогномичных клинических признаков и специфичной рентгенологической картины. Наиболее часто дифференцируют с затянувшейся пневмонией, инфильтративным туберкулезом, туберкуломой, шаровидным пневмонией, узловым фиброзом.

Цель и задачи исследования: На основании изучения литературы и опыта работы отделения лучевой диагностики ГАУЗ «Республиканского клинического онкологического диспансера Министерства Здравоохранения Республики Татарстан» изучить диагностические возможности различных методов лучевого обследования в раннем выявлении рака легкого.

Материал и методы: Нами были изучены диагностические возможности различных методов диагностики рака легкого – от классических до новейших (рентгенография, бронхография, продольная томография, компьютерная томография, ОФЭКТ, бронхоскопия с биопсией). Было проведено сравнительное изучение диагностических возможностей, а именно точность, специфичность и чувствительность названных методов в раннем выявлении рака легкого.

Результаты и выводы: На сегодняшний день одним из новейших методов исследования является однофотонная эмиссионная компьютерная томография (ОФЭКТ), обладающая высокой чувствительностью и минимальной лучевой нагрузкой для пациентов. При подозрении на центральный рак легкого в комплекс обязательных диагностических средств должна входить бронхоскопия с забором материала для морфологического исследования. При подозрении на периферический рак для подтверждения диагноза необходимо проведение трансторакальной пункции.

МЕДИЦИНСКАЯ И ОБЩАЯ ПСИХОЛОГИЯ. ПСИХИАТРИЯ.

ВЛИЯНИЕ СЮЖЕТА ХУДОЖЕСТВЕННЫХ ПРОИЗВЕДЕНИЙ НА ФОРМИРОВАНИЕ ФАБУЛЫ БРЕДА

Латыпова Р.Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., асс. Орлов Г.В

Цель данной научно-исследовательской работы заключалась в выявлении взаимосвязи основных жанров художественных произведений, их роль в формировании фабулы бреда, определение корреляции, сюжета художественного произведения и его влияния на переживания больного.

Методы исследования. В основной группе исследования, состоящей из 12 стационарных больных, был проведен подробный опрос о предпочтениях и волнующих их темах, оказавших глубокое психическое воздействие.

Каждому больному было предложено прохождение цветового теста Макса Люшера дважды (перед разговором с больным и в заключение беседы).

В процессе исследования были получены следующие результаты: все 12 больных из основной группы отдавали свои предпочтения 7 основным жанрам художественных фильмов: боевик, ужасы, драма, фантастика, эротика, индийские фильмы, мультфильмы. 38% больных отдали предпочтение боевикам, 22% - ужасы, 12% - драма, 12% - фантастика, 8% - эротика, 4% - индийские фильмы, 4% - мультфильмы.

По итогам тестирования по краткому цветовому тесту Макса Люшера было выявлено, что 92% больных давали различные результаты в начале беседы и в ее заключении. Из них 56% показывают отрицательную динамику (результаты теста до разговора с больным благоприятнее, чем после: черный, красный, серый цвета после разговора с больным выступают в первой паре цветов). У 8% больных отмечен стабильный результат теста.

Заключение: Таким образом, выявлено эмоциональное влияние художественных произведений на переживания больных и взаимосвязь сюжета произведений и фабулы бреда.

ИМПИРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ БРИГАД СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГОРОДА КАЗАНИ

Митрофанов И.А.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., асс. Орлов Г.В.

Нами была проведена работа по изучению и анализу работы психиатрических бригад скорой медицинской помощи на основании изучения выездов психиатрической бригады скорой медицинской помощи за период с 01.01.13 по 01.02.13.

В последнее десятилетие отмечается заметный прирост вызовов, что соответственно приводит к повышению нагрузки на каждую психиатрическую бригаду до 15 – 21 вызовов в сутки при продолжительности вызова от 35 минут до 2,3 часа (в среднем 1,4 часа) — это чрезмерно большая нагрузка. В результате снижается эффективность оказания экстренной психиатрической помощи.

Только 36,8% всех вызовов направляются к больным, состоящим на учете у психиатра и страдающих психическими заболеваниями, как шизофрения (21.9%), умственная отсталость (2.6%), расстройства личности (6.1%), деменция (4.4%) и др. Причиной большинства вызовов (30%) является простое алкогольное опьянение.

Требования вызывающих к бригаде СМП: только 26,5% всех вызывающих интересуется консультация психиатра или коррекция лечения больного. В 73,5% случаев целью вызова является желание госпитализировать лицо в психиатрический или наркологический стационар. Об обоснованности этих требований говорит тот факт, что в 69,8% всех случаев вызова бригадой в госпитализации отказывается.

Ввиду отсутствия во многих ЛПУ ставок психиатра-консультанта, по данным нашего исследования 16,5 % вызовов психиатрической бригады в медицинские учреждения для плановой консультации больных, что малообоснованно, так как нарушает принципы оказания психиатрической помощи.

В итоге обоснованность вызова психиатрической бригады СМП наблюдается лишь в 41% всех случаев вызова.

По данным нашего исследования в основном приводят три фактора: ухудшение наркологической обстановки в стране, снижение общего уровня жизни и недостаточно эффективная работа оперативного отдела станции скорой медицинской помощи.

Недостатки в работе оперативного отдела по данным нашего исследования преимущественно обусловлены: отсутствием четкого алгоритма приема и обработки вызовов, недостаточным методическим обеспечением, недостаточной квалификацией сотрудников, отсутствием принципа выделения психиатрических вызовов в отдельный поток.

АНАЛИЗ ОБРАЩАЕМОСТИ В СЛУЖБУ СКОРОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ Г. КРАСНОДАРА

Вединов С.М.

Кубанский государственный медицинский университет

Руководитель – к.м.н., доц. Зайцева О.Г.

Цель исследования – изучение динамики встречаемости и определение особенностей острых психических и поведенческих расстройств в городе Краснодаре за 2009-2012 года (по данным скорой психиатрической помощи).

Материалы и методы исследования.

Было проведено изучение всех выявленных случаев острых психических и поведенческих расстройств в городе Краснодаре. Для этого были проанализированы данные приема-передачи вызовов и сопроводительные листы госпитализации скорой психиатрической помощи г. Краснодара за 2009-2012 гг. Полученные результаты. За 2012 г. поступило 8484 вызова скорой психиатрической помощи, из них результативных профильных - 5570. На основании указанной документации выявлено, что наиболее частыми предварительными диагнозами, поставленными врачами бригады скорой психиатрической помощи г. Краснодара за 2012 год были: расстройства шизофренического спектра – 1272 вызова (22.8%) ; сосудистая деменция – 505 (9%); алкогольный делирий – 139 (2.5%); суицидальные тенденции (попытки) – 42 (0.75%); органическое расстройство личности – 403 (7.2%).

За 2012 год психиатрическими бригадами г. Краснодара было госпитализировано 3170 пациентов, что составило 37.36% от общего количества поступивших вызовов.

Суицидальные тенденции отмечались у 42 больных, однако, количество суицидальных тенденций (попыток), по данным скорой психиатрической помощи за 2009-2012 гг., уменьшилось на 0.8% .

За исследуемые 4 года количество случаев острых психических расстройств в г. Краснодаре выросло на 35%, процентное соотношение по предварительным диагнозам, за исследуемый период, осталось прежним.

Выводы:

1. В 2009-2012 гг. бригады скорой психиатрической помощи чаще вызывались к больным с шизофренией, алкогольным делирием, психозами позднего возраста, суицидальными тенденциями (попытками), органическим расстройством личности.
2. Учитывая неуклонный рост количества пациентов с острыми психическими расстройствами, нуждающихся в скорой психиатрической помощи, целесообразно: увеличить количество специализированных психиатрических бригад скорой медицинской помощи с целью уменьшения времени ожидания бригады и увеличения времени оказания помощи.

ИДЕНТИФИКАЦИЯ СПОРТСМЕНОВ ЭКСТРА-К ЛАССА ПО ДАННЫМ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ТЕСТОВ

**Сабирова Л.А., Шакирова Г.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., проф. Байкеев Р.Ф.**

Одним из актуальных вопросов современной спортивной медицины является разработка методов объективной идентификации спортсменов различной квалификации. Независимо от использованного метода в практической работе специалиста есть необходимость в применении количественных и аналитических методов. Многочисленные данные указывают на важность психологической функциональной устойчивости спортсменов непосредственно в момент проведения соревнований. Цель исследования: исследовать возможности идентификации спортсменов экстра-класса (заслуженный мастер спорта (ЗМС), мастер спорта международного класса (МСМК)) по данным тестов психологической функциональной устойчивости. Объект исследования: спортсмены (Казанского училища олимпийского резерва, Центр спортивной подготовки Министерства по делам молодежи и спорта РТ) 96 человек, из них 37 женщин в возрасте от 15 до 35 лет, 59 мужчин в возрасте от 13 до 39 лет. Распределение спортсменов по видам спорта было следующим: стендовая стрельба (9), академическая гребля (1), велоспорт (2), легкая атлетика (12), греко-римская борьба (10), волейбол (12), бокс (6), тяжелая атлетика (4), дзюдо (9), конькобежный спорт (1), лыжные гонки (8), фехтование (10), большой теннис (1), настольный теннис (7), лыжное двоеборье (3), художественная гимнастика (1). Метод исследования: психологический тест Спилбергера и Х.Смишека; математическое моделирование. Результаты: адекватное математическое моделирование позволяет идентифицировать спортсменов экстра-класса по тестам Спилбергера и Х.Смишека в 59,3 и 66,2% случаев.

Выводы: психологические тесты являются результативными показателями при идентификации спортсменов экстра-класса.

ИДЕНТИФИКАЦИЯ СПОРТСМЕНОВ ЭКСТРА-КЛАССА ПО ДАННЫМ ПСИХОМОТОРНЫХ ТЕСТОВ

**Шакирова Г.Ф., Сабирова Л.А.
Казанский государственный медицинский университет
Руководители – д.м.н., проф. Байкеев Р.Ф., Неуймина Д.В.**

Спортивный результат достигается, в принципе, на основе двух составляющих качеств спортсмена: сила мускулатуры и психическая активность его головного мозга. Последняя описывается как в терминах психологии, так и психомоторной активности. Цель исследования: исследовать возможности идентификации спортсменов экстра-класса (заслуженный мастер спорта (ЗМС), мастер спорта международного класса (МСМК)) по данным психомоторных тестов. Объект исследования: спортсмены (Казанского училища олимпийского резерва, Центр спортивной подготовки Министерства по делам молодежи и спорта РТ) 119 человек, из них 47 женщин в возрасте от 15 до 50 лет, 72 мужчин в возрасте от 13 до 39 лет. Распределение спортсменов по видам спорта было следующим: стендовая стрельба (9), академическая гребля (1), велоспорт (2), легкая атлетика (18), греко-римская борьба (13), волейбол (16), бокс (8), тяжелая атлетика (5), дзюдо (11), конькобежный спорт (4), лыжные гонки (8), фехтование (10), большой теннис (1), настольный теннис (9), лыжное двоеборье (3), художественная гимнастика (1). Метод исследования: психомоторные тесты (простая зрительно-моторная реакция, помехоустойчивость, реакция выбора, реакция на движущийся объект, таблицы Шульте-Платонова, методика оценки эмоционально-волевых качеств, теппинг-тест). Результаты: адекватное математическое моделирование позволяет идентифицировать спортсменов экстра-класса по тестам простая зрительно-моторная реакция, таблицы Шульте-Платонова, теппинг-тест, методика оценки эмоционально-волевых качеств, помехоустойчивость, реакция выбора, реакция на движущийся объект; в 55,7; 56,8; 74,7; 75,0; 78,9; 86,8; 86,8 % соответственно. Выводы: психомоторные тесты являются результативными показателями при идентификации спортсменов экстра-класса.

IN VIVO MONITORING OF THE BRAIN STATUS IN PSYCHIATRY

**Ийер Менака
Казанский государственный медицинский университет
Руководители – д.м.н., проф. Байкеев Р.Ф., Ягудин И.Р.**

The use of functional neuroimaging such as SPECT, PET, fMRI, diffusion weighted MRI, etc. in patients undergoing diagnosis and cure in psychiatry can help us to understand the mechanisms of psychiatric diseases. The literature for functional neurosurgery performed in patients who suffer from a number of disorders including epilepsy, depression, neuropathic pain, cluster headache, etc. has been reviewed. Models describing the neural correlates of biased emotion processing in depression have focused on the increased activation of anterior cingulate dorsolateral prefrontal cortex. A systematic literature search identified 26 whole brain and 18 region-of-interest studies. Peak coordinates and effect sizes were combined in an innovative parametric meta-analysis. Opposing effects were observed in the amygdala striatum, parahippocampal cerebellar, fusiform, and anterior cingulate cortex with depressed subjects displaying hyper-activation for negative stimuli and hypo-activation for positive stimuli. Anterior cingulate activity was also modulated by facial versus non-facial stimuli in addition to emotional valence. Depressed subjects showed depressed function in left dorsolateral prefrontal cortex for negative stimuli and increased activity in orbitofrontal cortex for positive stimuli. Emotional valence is a moderator of neural abnormalities in depression and therefore a critical feature to consider in models of emotional dysfunction in depression. Using MRI, it was found that a slowly diffusing water pool was expanding upon activation on the human visual cortex at the detriment of a faster diffusing pool. The time course of this water phase transition preceded the activation-triggered vascular response detected by usual functional MRI by several seconds. The observed changes in water diffusion likely reflect early biophysical events that take place in the activated cells, such as cell swelling and membrane expansion. Conclusion: Non-invasive monitoring of the brain status is a perspective trend in psychiatry.

ОСОБЕННОСТИ ИНТЕРНЕТ - ЗАВИСИМОСТИ КАК ВАРИАНТА АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Нигматуллин А.А.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., проф. Шайдукова Л.К.**

Актуальность. Аддиктивное поведение, основанное на «пристараях», включает компонент зависимостей, которые классифицируют на химические и нехимические - примером последней является Интернет-зависимость. Распространенность по данным разных источников колеблется в пределах 5-30%. Существуют определенные особенности клиники и динамики развития Интернет-зависимости.

Целью настоящей работы является изучение особенностей интернет-зависимости.

Материалом исследования послужили 300 студентов медицинского университета, из которых 21 (7%) набрали более 50 баллов по шкале теста на интернет – зависимость.

Основным методом являлось анкетирование. Был использован тест на Интернет- зависимость К. Янг (1999), с адаптацией под цели исследования. Так же был составлен опросник, направленный на изучение особенностей Интернет- зависимости, включающий в себя вопросы о социальном статусе и особенностях интернет биджинга, таких как частота, интенсивность, наличие ремиссий и др. Интернет биджинг, по аналогии с химическими зависимостями, характеризовался полной увлеченностью интернетом, серьезным нарушением социального функционирования, ограниченностью по времени и др. Интернет биджинги были выбраны как критерий интенсивности зависимости.

Характеристиками Интернет-биджингов являлись: количество в год; средняя длительность; интенсивность; дискретность; длительность светлых промежутков; наличие ремиссий; уровень снижения социального функционирования.

Результаты: количество биджингов составило более 5 раз; средняя длительность эпизода интернет-биджинга - 2 недели. Интенсивность влечения характеризовалась перманентностью у 66% испытуемых (ежедневно). Выявлено полное снижение патологической тяги в 13%. Наблюдалось существенное нарушение социального функционирования, проявляющееся в снижении успеваемости, плохими оценками по предметам у 23%. Ремиссии были неполными, с сохранением тяги на определенном уровне - в 10%. Ремиссии в большинстве своем были связаны с социальными трудностями, переменой мест проживания

Выводы. При изучении патодинамики Интернет-зависимости был выявлен рекуррентный тип с наличием Интернет-биджингов в виде эксцессивного и интенсивного использования Интернета с рядом характерных особенностей.

ЗНАЧЕНИЕ СТИГМАТИЗАЦИИ ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ НАРУШЕНИЯХ У ОДИНОКИХ ЖЕНЩИН, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЕМ

Гарева Г.А.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., проф. Шайдукова Л.К.**

Аффективные нарушения у больных хроническим алкоголизмом женщин распространены значительно шире, чем диагностируются в клинической практике. Особое место среди них занимают депрессии, которые, несмотря на свою частоту, достаточно редко выявляются клиницистами-наркологами, что ухудшает прогноз и течение алкоголизма. Немалое значение имеет явление стигматизации женского алкоголизма – наложение «клейма» на женщин, злоупотребляющих алкоголем.

Материалы и методы

Клинико-психологическим и экспериментально-психопатологическим методами были исследованы 150 женщин, злоупотребляющих алкоголем и находящихся в ситуации одиночества.

Результаты и обсуждение

У 102 женщин были обнаружены депрессивные расстройства. Для изучения роли стигматизации нами был создан опросник. При заполнении бланка данного теста была изучена устная оценка стигматизационных высказываний пациенток, в результате которой были вычленены 5 кластеров: аутостигматизация («Я считаю себя опустившейся женщиной», «Я не верю в свое излечение»), общественно-бытовая («В обществе я занимаю низкую ступень, т.к. злоупотребляю алкоголем», «Я скрываю от окружающих, что пью в одиночестве»), социально-трудовая («Мне кажется, на работе плохо ко мне относятся», «Мне стыдно выходить на работу после запоев»), полоролевая («Мне кажется, что мужчины брезгуют мной», «Из-за пьянства я не могу выйти замуж»), депривационная стигматизация («Мои проблемы не только от пьянства, но и от одиночества», «Я бы не пила, если была бы счастлива в семейной жизни»).

Пилотное исследование данного аспекта выявило преобладание депривационной (35% больных) и аутостигматизации (30%) при разной выраженности других стигматизационных тенденций – социальной (10%), бытовой (15%) и полоролевой (10%). Преобладание депривационной стигматизации еще раз доказывает коморбидность одиночества и алкоголизма. Доминирование аутостигматизации указывает на значительное снижение самооценки у данной категории женщин.

Таким образом, нами были выявлены депрессивные расстройства, в возникновении которых, немалую роль играл фактор стигматизации. Выделенные различные варианты стигматизации требуют дальнейшего углубленного изучения для целенаправленного формирования антистигматизационных реабилитационных программ.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ ПРИ ПЕРВИЧНЫХ И ПОВТОРНЫХ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯХ

Вульфсон К.В., Иванцов Е.Н., Садыков Р.Ф.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – асс. Газиуллин Т.Р.**

Основой рационального и эффективного подбора антипсихотической терапии при параноидной шизофрении является ее назначение с учетом ведущей психопатологической симптоматики. Исследования, Apteretal, 1990, VanPraagetal, 1997, касающиеся прогнозирования эффективности фармакотерапии нейролептиками, показали больший удельный вес элементарных психических нарушений (структурных признаков-маркеров), нежели влияние общей клинической картины психоза. Таким образом, современным этапом практического развития психопатологического анализа в психиатрии является постепенный переход от клинического к субклиническому уровню, где ведущие роли занимают многомерные исследовательские методы и, в частности, факторный анализ.

Целью исследования являлось изучение структуры психопатологической симптоматики у больных параноидной шизофренией, находящейся в отделении первого психотического эпизода и отделении общего типа на базе ГАУЗ РКПБ им. акад. В.М.Бехтерева МЗ РТ.

Методы: В исследование было включено две выборки пациентов с диагнозом параноидной шизофрении по МКБ 10 с длительностью заболевания до 5 лет и 5-10 лет, находящихся в состоянии обострения заболевания. Изучение структуры психопатологической симптоматики проводилось при помощи факторного анализа по Краткой Психиатрической Оценочной Шкале (BPRS) на первые 10 дней лечения. Учитывались симптомы BPRS с факторной нагрузкой $\geq |0,7|$.

Результаты: Первый фактор у пациентов обеих групп представлен эмоционально-волевыми и когнитивными нарушениями, тогда как второй и третий факторы определяются аффективными расстройствами. Второй фактор у пациентов с длительностью заболевания до 5 лет соответствует маниакальному, тогда как у пациентов с длительностью заболевания 5-10 лет – депрессивному расстройству. Противоположная картина наблюдается по третьему фактору, где у пациентов с длительностью заболевания до 5 лет он представлен депрессивным синдромом, у пациентов с длительностью заболевания 5-10 лет – маниакальным.

ОСОБЕННОСТИ ИНТЕРПРЕТАЦИИ РОДИТЕЛЯМИ ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ-АУТИСТОВ

Панова К.А.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - д.псх.н., проф. Шайдукова Л.К.

Детский аутизм является расстройством развития, при котором возможности медикаментозной терапии ограничены, и прогноз во многом зависит от психологической коррекции его проявлений. Основополагающим условием этой коррекции является понимание родителями сущности нарушений, характерных для аутизма, и степени их выраженности у своего ребёнка. Изложенное выше определило цель данного исследования: изучение особенностей восприятия родителями аутистических проявлений их детей с целью составления оптимальных методических рекомендаций для организации помощи аутистам внутри семьи. Материалом исследования были 23 ребенка с аутизмом и их родители. Применялись клинический и экспериментально-психологический методы с использованием оригинальных опросников и рейтинговых шкал.

При сопоставлении ответов родителей с результатами врачебных исследований были получены следующие результаты:

Оценка вербальной коммуникации почти не вызвала затруднений и была дана родителями достаточно объективно. Показательно, что главной причиной обращения к врачу часто является именно задержка речи у ребенка.

Характеризуя социальное взаимодействие, родители не придавали должного значения слабой реакции ребенка на их появление (уход), редкой частоте отклика на родительский зов, не отмечали равнодушного отношения к прикосновениям. Выявленное противоречие касается пунктов, косвенно характеризующих симбиотическую связь. Это свидетельствует о том, что родителями, особенно матерями, не осознаётся неадекватность эмоционального контакта ребёнка-аутиста. Данный феномен - гипозногнозия - существенно ограничивает возможности психологической помощи.

Оценивая anomalies игры, большинство родителей сочли преодолённой потребность ребёнка в ритуалах, в то время как клинический разбор выявил, что многие действия детей-аутистов не осознавались как ритуалы. Следовательно, в данных семьях недооценивалось стремление ребёнка ограничить себя рамками стереотипов, повышался риск его фиксирования на отрицательных эмоциях (страхе, тревоге, гневе родителей).

Таким образом, составление рекомендаций должно вестись по нескольким направлениям: преодоление гипозногнозии; работа над развитием симбиотической связи; предупреждение ситуаций, в которых могут возникнуть патологические поведенческие стереотипы ребёнка-аутиста.

ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ ИНТУИТИВНОСТИ, КРЕАТИВНОСТИ, АНТИЦИПАЦИОННОЙ СОСТОЯТЕЛЬНОСТИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАЩИТ В СТРУКТУРЕ ЛИЧНОСТИ СТУДЕНТОВ

Граница А.С.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – д.м.н, проф. Менделевич В.Д.

Позволительно утверждать, что одним из самых загадочных понятий в психологии является понятие интуиции и интуитивности как свойства личности. Рассмотрение этого явления лишь сравнительно недавно стало объектом научного изучения. Во многом это объясняется сложностью определения предмета исследования. Существует множество подходов к пониманию этого феномена. Некоторые авторы указывают на единство механизмов антиципации и интуиции, другие говорят об общем когнитивном процессе с творчеством, третьи, рассматривая бессознательные когнитивные процессы, описывают влияние на них психологических защит. Многообразие подходов показывает необходимость комплексного изучения взаимосвязей между указанными психологическими феноменами.

Таким образом, целью нашей работы было: изучить особенности взаимосвязей интуитивности, креативности, антиципационной состоятельности и психологических защит в структуре личности студентов. Задачи: 1. Проанализировать доступные литературные материалы по заявленной теме. 2. Провести экспериментально-психологическое тестирование для изучения интуитивности, креативности, антиципационной состоятельности и психологических защит в структуре личности студентов. 3. Определить взаимосвязи между полученными данными.

Характеристика исследуемой группы и методика исследования. Было проведено тестирование группы из 30 студентов г. Казани в возрасте от 20 до 23 лет: 15 юношей и 15 девушек. Были использованы: тест антиципационной состоятельности (прогностической компетентности) В.Д. Менделевича, тест невербальной креативности Торранса, тест Медника (вербальной креативности), методика оценки уровня интуитивности Е.А. Науменко, тест-опросник механизмов психологической защиты «индекс жизненного стиля», (Плутчик и соавт.). Результаты и выводы: 1) В исследуемой группе были обнаружены гендерные различия по шкалам интуитивность и компенсация ($p < 0,05$). 2) Была обнаружена сильная обратная корреляция между интуитивностью и шкалой компенсация, а так же между гибкостью и временной антиципационной состоятельностью. 3) Были обнаружены сильные прямые связи между гипнабельностью (внушаемостью) и индексами оригинальности, уникальности и продуктивности по тесту Медника 4) Полученные данные вносят дополнения в структуру феномена интуиции и интуитивной личности.

ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ МЕЖДУ СКЛОННОСТЬЮ К ЗАВИСИМОМУ ПОВЕДЕНИЮ, ОТНОШЕНИЕМ К УПОТРЕБЛЕНИЮ НАРКОТИКОВ И СТЕПЕНЬЮ ВЛАДЕНИЯ ИНФОРМАЦИЕЙ О ВРЕДЕ НАРКОТИКОВ СРЕДИ СТУДЕНТОВ

Граница А.С.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н, проф. Менделевич В.Д.

Не вызывает сомнений, что потребление наркотиков среди молодежи является одной из острых социальных проблем XXI века. По-прежнему лишь малый процент страдающих наркоманией возвращается к нормальной жизни, полностью избавляется от признаков физической и психической зависимости.

Цель- изучить особенности взаимосвязей между склонностью к зависимому поведению, отношением к употреблению наркотиков и степенью владения информацией о вреде наркотиков среди студентов. Задачи: 1. Проанализировать литературные сведения по заявленной теме. 2. Провести экспериментально-психологическое тестирование студентов для определения склонности к наркозависимости. 3. Провести анкетирование студентов на предмет отношения к употреблению наркотиков. 4. Провести тестирование студентов для определения степени владения информацией о вреде наркотиков. 5. Выявить взаимосвязи между полученными данными. Материалы и методы. Было проведено тестирование группы из 31 студента г. Казани в возрасте от 19 до 23 лет: юношей и девушек, 10 человек с 3 курса и 21 человек 6 курса. Были использованы: тест «Склонность к зависимому поведению» В.Д. Менделевича, адаптированная социологическая анкета «Молодежь и наркотики» В. А. Соболев и соавт., опросник «Знаете ли Вы о вреде наркотиков?», составленный рабочей группой проекта «Против наркотиков». Результаты и выводы: 1) В исследуемой группе наблюдаются признаки тенденции к наркозависимости. 2) Изучение степени информированности о вреде наркотиков показывает неполное владение информацией о вреде наркотиков в исследуемой группе. 3) 100 % респондентов считают употребление наркотиков серьезной проблемой, но 67,77% хоть раз в жизни пробовали наркотики. 4) При отсутствии причины, мотива употреблять наркотики, формируется негативное отношение к употреблению наркотиков, даже на фоне имеющейся склонности к наркозависимости. 5) 22 % респондентов не считают так называемое «легкие наркотики» вредными и даже считают их полезными. 6) Таким образом, можно говорить, что профилактические мероприятия, направленные прежде всего на личность, способствуют формированию негативного отношения к употреблению наркотиков и как следствие снижают частоту потребления наркотиков, даже при наличии тенденции к наркозависимости.

ВЛИЯНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАСТРОЙСТВ НА СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА

Низамутдинова Н.М.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., асс. Орлов Г. В.

Влияние общего состояния организма на состояние полости рта на сегодняшний день имеет массу доказательств и не вызывает сомнений. Так при психических расстройствах изменяется состояние секреции слюнных желез, а при заболеваниях центральной нервной системы возникает клиновидный дефект. Многие психические заболевания протекают на фоне соматических заболеваний, нарушения обмена веществ, дисфункции эндокринной и вегетативной нервной систем, органических поражений центральной нервной системы, изменений системы крови и др. Однако до сих пор недостаточно исследовано влияние нервно-психических факторов на зубочелюстную систему.

Цель исследования - определить распространенность и интенсивность патологий полости рта у психически больных, определить возможную взаимосвязь между стоматологическим статусом больного и его психическим диагнозом. Материалы и методы исследования. С помощью аппаратов рН-метр, милливольтметр рН-410 и универсальными индикаторными бумагами рН 0 – 12 были обследованы лица возрастной категории от 45 до 87 лет, имеющие психические расстройства. Был проведен анализ литературы, оценка интенсивности кариеса и заболеваний пародонта.

Результаты. У пациентов с органическими и симптоматическими психическими расстройствами интенсивность кариеса составляет $20,42 \pm 0,94$, а распространенность заболеваний пародонта 83%, показатели рН слюны $7,34 \pm 0,19$. У обследованных с психическими и поведенческими расстройствами, вследствие употребления психоактивных веществ, интенсивность кариеса составляет $23,56 \pm 0,81$, показатели рН слюны $8,02 \pm 0,30$, распространенность заболеваний пародонта 95%. У больных шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами интенсивность кариеса составляет $20,18 \pm 0,97$, рН слюны $7,54 \pm 0,47$, распространенность заболеваний пародонта 92%. У обследованных с аффективными расстройствами настроения интенсивность кариеса составляет $18,56 \pm 0,91$, рН слюны $7,19 \pm 0,21$, распространенность заболеваний пародонта 83%.

Вывод. Анализ показателей рН ротовой жидкости, гигиены полости рта и интенсивности поражения твердых тканей зубов и тканей пародонта, позволяет сделать вывод о том, что имеется различная степень взаимосвязи между стоматологическим статусом и психическим диагнозом пациентов.

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ДЕСТРУКТИВНЫХ ЦЕННОСТЕЙ У ДЕВИАНТНЫХ ПОДРОСТКОВ

Баранова А.Н.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.п.н., асс. И.Р. Абитов

Девиантное поведение, понимаемое как нарушение социальных норм, приобрело в последние годы массовый характер и поставило эту проблему в центр внимания психологов, социальных работников, социальных педагогов. Тема «трудного возраста» получила широкое распространение в многочисленных научных трудах, посвященных возрастной, семейной психологии и др. В последнее время отмечается стремительная потеря морально-нравственных ценностей. Девиантное поведение является крайней и наиболее острой формой отклоняющегося поведения, которая может проявляться в безнравственных и опасных поступках. Когда подобное поведение выходит за рамки дозволенного, проблемная ситуация может вытекать вразличного рода конфликты и правонарушения, впоследствии чего дети и подростки могут быть изолированы от общества. Девиантные подростки, находясь в закрытых учреждениях могут оказывать «патологизирующее» влияние друг на друга, что в свою очередь приводит к формированию у них деструктивных ценностей, замыкая «порочный круг».

Целью нашего исследования является изучение влияния среды на формирование жизненных ценностей девиантных подростков.

Методом исследования является теоретический анализ научной литературы по данной проблематике.

Согласно мнению медиков риск возникновения психологических отклонений и патологий в подростковом возрасте определяется в соотношении 1 к 2. Установлено, что социальная среда оказывает существенное влияние на формирование мировоззрения и поведения подростков. Климат в семье, взаимоотношения со сверстниками являются ключевыми факторами развития полноценной личности. Чем чаще происходят конфликты и стычки, тем больше ухудшается психологическое состояние ребёнка.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Газимова Р.А.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – д.м.н., проф. Шайдукова Л.К.

Проблема эпилепсии является одной из наиболее актуальных в психиатрии. По данным Европейской комиссии по эпилепсии, в мире этим заболеванием страдает около 50 миллионов человек. Заболеваемость составляет 20-50 случаев на 100 тыс. человек, не менее 1 припадков в течение жизни переносят 5% населения, у 20 — 30% больных заболевание является пожизненным. Число больных эпилепсией с каждым годом растет.

Целью настоящего исследования является изучение наиболее патогномичных изменений личности у больных эпилепсией и проведение ранжирования этих изменений. В задачи исследования входит анализ историй болезней пациентов больных эпилепсией на предмет наличия специфических особенностей в изменении личности. Используем библиографический метод. Материалом исследования служат 20 историй болезней пациентов, больных эпилепсией, с признаками изменения личности.

В результате исследования у больных были выявлены различные изменения личности, среди них наиболее часто встречаемые - медлительность (95%), вязкость мышления, склонность к детализации (85%), раздражительность (75%), вспыльчивость (65%), эгоцентризм (60%), злопамятность (55%), обстоятельность (50%), грубая злобность (50%), сочетающаяся с подчеркнутой любезностью и слащавостью в 52% случаев, гиперсоциальность (35%), пунктуальность (25%), аккуратность и педантизм (20%). Согласно изученным материалам «Историй болезни» именно эти нарушения являются дезадаптирующими больных в социуме и служат причиной инвалидизации.

Результаты данного исследования позволяют сделать вывод, что больные эпилепсией имеют различные изменения личности, которые выступают в психическом состоянии на первый план и определяют тяжесть клинической картины. Лечение больных эпилепсией помимо противосудорожной терапии должно включать в себя и психосоциальную работу, учитывающую типы изменений психики и соответствующие личностные особенности пациента.

ИССЛЕДОВАНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ТРЕВОЖНОГО И ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА СРЕДИ СТУДЕНТОВ КГМУ. НАУЧНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ВРЕМЕНИ

Милехина К.С.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – к.м.н., доц. Сахаров Е.А.

Гипотеза исследования: в период обучения студенты первого курса более подвержены тревожным и депрессивным переживаниям, чем студенты старших курсов.

Основной целью данной исследовательской работы явилось изучение проявления тревоги и депрессии у студентов на разных этапах обучения. Объект исследования: студенты первого, третьего и шестого курсов лечебного факультета. Предмет исследования: психологические проявления депрессии и тревожности у студентов лечебного факультета. В работе использованы следующие методы: шкала реактивной и личностной тревоги Спилбергера–Ханина, госпитальная шкала тревоги и депрессии *hads*, восьмицветовой тест Люшера, опросник временной перспективы Зимбардо.

Выводы: распространенность низкого, среднего и высокого уровней личностной и реактивной тревожности среди учащихся снижается по мере приближения к концу обучения. Анализируя гендерные показатели, следует отметить более высокий уровень распространенности высокого уровня личностной и реактивной тревожности среди лиц женского пола. Распространенность личностной тревожности оказалась выше на низком и среднем уровне, на высоком же в популяции преобладала реактивная тревожность.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ЛИЧНОСТИ, СТРАДАЮЩЕЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ: СОЦИАЛЬНЫЙ АСПЕКТ

Хабибулина А.Р.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – д.м.н., проф. Шайдукова Л.К.

Шизофрения составляет половину всех диагнозов при поступлении в психиатрические больницы. Это одно из тяжелых заболеваний, вызывающих грубые изменения в психике, включающие упадок, деградацию и в большинстве случаев приводящие к неизлечимым состояниям слабоумия и полной инвалидности. Несмотря на обширные и полифакторные исследования различных аспектов шизофрении, учение о нем очень далеко от полной определенности и законченности.

Цель: изучить изменения личности, страдающей шизофренией, в обзоре социального аспекта. Оценить влияние культуральных, религиозных особенностей, наличия образования, социального окружения на течение и прогредиентное развитие патологического процесса.

Основные методы и материал исследования: клинико-психопатологический, социометрический и метод социального опроса были использованы при проведении обследования 20 больных во втором отделении РКПБ РТ с диагнозом шизофрения.

Результаты исследования: после обследования 20 больных во втором отделении РКПБ РТ с диагнозом шизофрения были выявлены следующие ведущие факторы изменения личности - 1) время развития заболевания: раннее начало (детский и подростковый возраст) сопровождается более тяжелым типом течения. 2) Комплаентность, зависящая от окружающей больного

среды и родственников. 80% пациентов с выраженными изменениями личности не получали уход, 17% получали сниженный уход, 3% регулярно принимало лекарство. Кратность посещения. Выраженность и частота обострений были меньше, чем у других. 3) Качество препарата - наличие побочных эффектов, кратность приема влияют на подверженность лечению, соблюдению предписанных врачебных рекомендаций.

Такие факторы как уровень образования, профессиональной подготовки, религиозная принадлежность, этнокультурные особенности воздействия на изменения личности не оказывали.

СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ И ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ СТУДЕНТОВ

Шикалова Н. А.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – к.п.н., доц. Рябова Т. В.

В настоящее время проблемы молодежи постоянно находятся в сфере научного интереса отечественных ученых. Исследуется гражданский потенциал молодежи (Ю.В. Андреева); проблема развития политической активности молодежи (Е.И. Тихомирова, Л.В. Сгонник); ценностные ориентации молодежи (В.Е. Семенов); социально-психологические, эколого-генетические и социокультурные факторы социального здоровья молодежи (А.И. Юрьев).

С целью изучения стрессоустойчивости и жизнестойкости студентов нами было опрошено 44 студента педиатрического и стоматологического факультетов КГМУ (по 22 на каждом факультете, средний возраст $19 \pm 1,5$). Исследование проводилось с помощью опросника HardinessSurvey СМадди. Для определения стрессоустойчивости использовался тест «Самооценка стрессоустойчивости личности».

Анализ полученных результатов показал, что в целом жизнестойкость студентов в пределах тестовой нормы. При этом «вовлеченность» (активная жизненная позиция личности) лишь у 36 % опрошенных выше среднего показателя. Значения шкалы «контроль» (уверенность в том, что, только борясь и преодолевая трудности, можно изменить происходящее) у 30% выше средней нормы. Показатель «готовности к риску», убежденность в том, что на любых ошибках можно учиться у студенток оказался ниже нормы.

Показатели среднего арифметического стрессоустойчивости оказался у студентов чуть ниже нормы. При изучении взаимосвязей показателей жизнестойкости и стрессоустойчивости тревожности выявлена значимая связь. Чем выше стрессоустойчивость студентов, тем выше их уровень жизнестойкости ($r = - 0,540$ при $p < 0,05$, где r - коэффициент корреляции, p - уровень значимости). То есть чем выше их эмоциональная устойчивость, тем более активна их жизненная позиция, контроль и уверенность.

Таким образом, для сохранения здоровья и оптимального уровня работоспособности и активности в стрессовых условиях важными являются все три компонента жизнестойкости. Для этого их необходимо развивать в процессе жизнедеятельности, а данная проблема требует дальнейшего изучения.

ТВОРЧЕСКИЕ СПОСОБНОСТИ СТУДЕНТОВ

Мартюхина Р.А.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – к.п.н., доц. Рябова Т. В.

Для творческой личности характерны мотивационно – творческая активность, которая проявляется в единении с высоким уровнем творческих способностей. Под творческими способностями понимаются индивидуально – психологические способности человека, отвечающие требованиям творческой деятельности, и являются условием ее успешного выполнения. Творческие личности стремятся ко всему новому, оригинальному, они имеют высокий уровень знаний, умеют анализировать явления, проявляют стойкий интерес к определенной работе, мотивированы на неё, сравнительно быстро и легко усваивают теоретические и практические знания.

Целью нашего исследования являлось изучение творческих способностей студентов КГМУ. В исследовании принимали участие 34 студента педиатрического факультета КГМУ (возраст от 18 до 23 лет). Исследование проводилось с помощью сокращенного варианта изобразительной батареи теста креативности П. Торранса, который представляет собой задание «Закончи рисунок». Тест направлен на измерение таких творческих способностей, как оригинальность (необычные или редкие ответы), гибкость (количество предлагаемых категорий) и разработанность (тщательность разработки ответов) в невербальных задачах. Также нами использовалась методика диагностики личности на мотивацию к успеху Т. Элерса.

Анализ полученных результатов показал, что студенты имеют высокие результаты по показателю оригинальность ответов и низкие результаты по показателю разработанность. Мотивация на достижение успеха (среднее значение 19 баллов) у студентов выше границы нормы (норма 11 – 16 баллов). Следовательно, для студентов характерна мобилизация всех ресурсов и сосредоточенность внимания на достижении успешного результата.

При изучении взаимосвязи показателей творческих способностей и мотивации на успех оказалось, что имеется значимый коэффициент корреляции. Следовательно, чем выше оригинальность студентов, тем более они стремятся к успеху. Таким образом, творческие способности студентов требуют дальнейшего изучения.

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ СТУДЕНТА

Павлова Л.О.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – к.п.н., доц. Рябова Т. В.

В процессе обучения в ВУЗе у студента формируется ядро личности, важными составляющими которого являются отношение к себе. Такие психические явления, как самооценка, самокритика, самоуважение составляют систему личностных смыслов индивида. Также благодаря самооценке происходит регуляция поведения студента. Спиркин А.Г. считает, что высший уровень самооценки – это максимально адекватное отношение к себе.

Целью нашего исследования стало изучение самооценки студентов 1 курса педиатрического факультета КГМУ (25 человек, средний возраст 17 лет). Под самооценкой нами понимается оценка личностью самой себя, своих возможностей, качеств и места среди других людей.

Методикой исследования послужил тест «Самооценка» М. Пейсахова, позволяющий определить самооценку по 4 блокам качеств: коммуникативные, эмоционально –волевые, черты характера и качества, проявляемые в деятельности. В качестве контрольной группы выступали врачи (20 человек, средний возраст 34 года).

Результаты исследования показали, что самооценка коммуникативных качеств выше у студентов, чем у врачей (средние баллы -72,1 и 60 соответственно, различия достоверны).

Самооценка различных качеств характера у студентов и у врачей равная в пределах 63 и 65 баллов. Самооценка качеств в области деятельности выше у врачей, чем у студентов (75 баллов и 62 балла, различия достоверны). Самооценка волевых и эмоциональных качеств также примерно одинаковые (в пределах 60 и 65 баллов).

Таким образом, были выявлены особенности самооценки студентов университета, определяющие их самосознание и позволяющие регулировать поведение личности.

ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СТУДЕНТОВ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ

Захарова О. В.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – асс. Галиуллина Л. К.**

Обучение в высшем учебном заведении (ВУЗ) может быть представлено совокупностью факторов, каждый из которых формирует здоровье и благополучие студента. В данном исследовании рассмотрены факторы, оказывающие преимущественно неблагоприятное влияние на психическое здоровье.

Цель. Выявить факторы внешней среды, определяющие психическое здоровье студентов ВУЗов, влияние их на формирование невротических расстройств для последующей разработки рекомендаций по организации и проведению ранних лечебно-профилактических мероприятий.

Материал и методы. Обследовано 1182 студента 1-5 курсов лечебного, педиатрического, стоматологического, фармацевтического и медико-профилактического факультетов ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» с помощью анкетирования и экспериментально-психологического метода (клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний К.К.Яхина, Д.М.Менделевича).

Результаты. Установлено, что удельный вес расстройств тревожного спектра составляет 12,8% , симптомов депрессивного регистра – 22,0%, астенические расстройства выявлены у 15,1% обследованных, расстройства конверсионного спектра – 20,8%, обсессивно-компульсивные расстройства – 21,7%, вегетативные расстройства – 13,5%. Установлены статистически достоверные факторы риска развития пограничных психических расстройств: женский пол, возраст преимущественно 20-24 года, городское место жительства до поступления в ВУЗ, проживание в общежитии в настоящее время, конфликтные отношения в родительской семье, особенности воспитания в детстве (частые ссоры между родителями), наличие невротических черт в детстве, успеваемость в ВУЗе, наличие конфликтов с преподавателями и в студенческом коллективе.

Выводы. Выявлена взаимосвязь степени выраженности расстройств непсихотического регистра со степенью социальной адаптации студентов. Полученные результаты позволяют вводить группы риска среди студентов ВУЗов для осуществления медико-психологической помощи и психотерапевтических мероприятий при развитии пограничных психических расстройств.

ИССЛЕДОВАНИЕ ТРЕВОГИ СМЕРТИ

Исаева Е.А.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.п.н., асс. И.Р. Абитов**

Отношение к смерти – это проблема, с которой человек, так или иначе сталкивается в своей жизни. Этот вопрос он пытается откладывать до последних дней. Однако, этот вопрос, а вернее мысли об этом неизбежны. Страх смерти преследует нас постоянно. Именно наше отношение к смерти влияет на нашу жизнь, психологическое развитие и психическое состояние.

Цель исследования - изучить психологические основы тревоги смерти и невротизации.

Методы исследования – теоретический анализ.

Проблемами психологии тревоги смерти занимался известный психолог Ирвин Ялом. Вопросами невротизации занимались Аарон Бек, А. Раш, Брайан Шо и Гэри Эмери.

Проанализировав их работы, мы пришли к выводу, что страх смерти имеет огромное значение в нашем внутреннем опыте. И чтобы справиться с этим страхом, мы воздвигаем защиты против осознания смерти, основанные на отрицании и формирующие наш характер. Смерть - первичный источник тревоги. Тревога смерти представляет собой базисный фактор развития невротизации. Невротизация же в свою очередь проявляется в виде депрессий. Мы считаем, что важным для развития знаний о тревоге смерти будет проведение эмпирических исследований данного феномена в различных социальных и возрастных группах.

СУЕВЕРНОСТЬ КАК ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ФЕНОМЕН

Муртазина Л.Э.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.п.н., асс. И.Р. Абитов**

Ряд действий, вроде бы магического значения, производился людьми прошлого механически, по привычке. Это позволяло им чувствовать себя комфортно, делало любую ситуацию знакомой, давало возможность освоить новый неожиданный поворот жизни. Большинство примет возникли еще в дохристианскую эпоху, и веру в них не смогли уничтожить ни традиционные религии, пришедшие на территорию России больше 1000 лет назад, ни идеологи коммунистического режима на протяжении почти 70 лет существования Советского Союза. Фактором, способствующим усилению суеверности у некоторых людей, стала весть о конце света.

Цель исследования – Рассмотреть суеверность, как психологический феномен

Метод исследования – теоретический анализ.

Суеверность – это свойство личности, заключающееся в обращении к сверхъестественным силам в затруднительных ситуациях, вызывающих чувство страха; это некритичное отношение к паранормальным явлениям, их безусловном принятии без опоры на разум. Суеверным может считаться человек, который некритично относится к народным поверьям, полностью доверяя им, эмоционально реагируя на них и активно используя их в своей жизнедеятельности. Суеверные люди по сравнению с лицами, мыслящими преимущественно рационально-логически, в большей степени характеризуются внушаемостью, низкой критичностью мышления, интеллектуальной пассивностью, тревожностью. Субъект, склонный к мистицизму, может чувствовать себя достаточно хорошо и испытывать удовлетворенность своей жизнью и собой благодаря активному использованию таких защитных механизмов как вытеснение, отрицание, замещение и пр.

Степень суеверности зависит от многих факторов: семейных традиций, уровня образования, отношения к религии, степени тревожности личности и др.

Изучив исследования разных авторов, мы выяснили, что 14% россиян являются суеверными, 24% – несуетверными, 63% – среднесуетверными. Реже других суетверны наиболее обеспеченные респонденты и респонденты с высшим образованием. Несуетверные граждане чаще проживают в городах–миллионниках. Рост суетверности может быть связан с утратой или отсутствием смысла жизни, с повышением тревожности.

Заключение по результатам теоретического анализа состоит в том, что суетверность является психологическим качеством, способствующим психологической дезадаптации.

ИНДИВИДУАЛЬНО-ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Габитова Д.Д., Яванова А.В.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – асс. Орлов Г.В.

С целью выявления и анализа психологических особенностей у психиатрических больных нами было изучено 20 больных шизофренией; среди которых больные с диагнозом – шизофрения, непрерывный тип течения, параноидная форма, галлюциногенно-параноидный синдром с психопатоподобным поведением на фоне выраженного эмоционально-волевого дефекта и больные с диагнозом – шизофрения, приступообразно-прогредиентный тип течения, параноидная форма, психопатоподобный синдром на фоне эмоционально-волевого дефекта в возрасте от 25 до 55 лет. В качестве методов исследования использованы тесты: тест дискриминации понятий, тест психодиагностики личности - рисуночный тест Вартегга, а также клинико-психопатологический метод.

По результатам проведенного исследования у больных шизофренией можно выделить такие черты, как ипохондрия, осторожность, недоверчивость, скептицизм, эмоциональная тупость. Было установлено, что при шизофрении выявляются тенденция к актуализации практически малозначимых признаков предметов и снижение уровня избирательности, обусловленной регулирующим влиянием прошлого опыта на мыслительную деятельность. У больных отмечается изменение интерпретации окружающего, связанное с изменением восприятия; нарушения, связанные с затрудненностью или неспособностью интерпретации поступающих сигналов из внешнего мира. Изменения в эмоциях – это одно из наиболее типичных и характерных для шизофрении изменений.

Изменения в поведении у больного являются вторичными симптомами шизофрении. То есть изменения в поведении больных шизофренией обычно являются реакцией на другие изменения, связанные с изменением восприятия, нарушением способности интерпретировать поступающую информацию, галлюцинациями и бредом, и другими вышеописанными симптомами. Появление таких симптомов вынуждает больного изменять привычные схемы и способы коммуникаций, деятельности, отдыха. Следует учитывать, что у больного, как правило, существует абсолютная уверенность в правоте своего поведения. Совершенно нелепые, с точки зрения здорового человека, поступки имеют у больного шизофренией логическое объяснение и убежденность в своей правоте.

ИНДИВИДУАЛЬНО-ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Габитова Д.Д., Яванова А.В.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., доц. Макаричева Э.В.

Изменения в эмоциях – это одно из наиболее типичных и характерных для шизофрении изменений. У больных наблюдаются такие эмоциональные изменения, как депрессия, чувство вины, страх, а также частая смена настроений, появляется множество немотивированных эмоциональных переживаний: чувство вины, беспричинный страх, беспокойство.

Целью данного исследования стало изучение индивидуально-типологических особенностей больных шизофренией. В исследовании включено 20 больных шизофренией; которые были разделены на 2 группы в зависимости от типа течения: больные с диагнозом – шизофрения, непрерывный тип течения, параноидная форма, галлюцинаторно-параноидный синдром с психопатоподобным поведением на фоне эмоционально-волевого дефекта и больные с диагнозом – шизофрения, приступообразно-прогредиентный тип течения, параноидная форма, психопатоподобный синдром на фоне формирующегося эмоционально-волевого дефекта в возрасте от 25 до 55 лет. В качестве методов исследования использованы тесты: тест психодиагностики личности - рисуночный тест Вартегга, тест дискриминации понятий, а также клинико-психопатологический метод.

По результатам проведенного исследования у больных шизофренией можно выделить такие черты, как ипохондрия, асоциальная психопатия, недоверчивость, скептицизм, эмоциональная тупость. Было установлено, что при шизофрении выявляются тенденция к актуализации практически малозначимых признаков предметов и снижение уровня избирательности, обусловленной регулирующим влиянием прошлого опыта на мыслительную деятельность. У больных отмечается изменение интерпретации окружающего, связанное с изменением восприятия; нарушения, связанные с затрудненностью или неспособностью интерпретации поступающих сигналов из внешнего мира (тест дискриминации понятий)

Изменения в поведении больных шизофренией обычно являются реакцией на другие изменения, связанные с изменением восприятия, нарушением способности интерпретировать поступающую информацию, галлюцинациями и бредом, и другими вышеописанными симптомами. Появление таких симптомов вынуждает больного изменять привычные схемы и способы коммуникаций, деятельности, отдыха. Изменения в поведении у больного являются вторичными симптомами шизофрении.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНСКОГО АЛКОГОЛИЗМА

**Каримуллина Д. Ф., Бадертдинова А. М.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., проф. Шайдукова Л. К.**

В течение нескольких десятилетий в научной литературе публиковались работы, подчеркивающие специфику алкоголизма у женщин, особенности его течения и исходов, значимость внешних и внутренних условий его формирования. Это явилось причиной выделения «женского» алкоголизма, существенно отличающегося от «мужского» как по наличию приоритетных этиопатогенетических факторов формирования, так и по клинико-психопатологическим особенностям.

Цель исследования: выявление особенностей алкоголизма у женщин. Исследование проводилось с помощью клинико-анамнестического метода.

Материал исследования: 20 историй болезни женщин, злоупотребляющих алкоголем.

Объект исследования: женщины в возрасте от 30 до 45 лет.

При изучении были выявлены следующие причины формирования женского алкоголизма: 1.Наследственная предрасположенность-20%. 2.Неблагоприятные социальные обстоятельства (тяжелые условия труда, низкий социальный статус и образование)-25%. 3.Скрытое злоупотребление алкоголем-30%. 4.Наличие психотравм (разводы, супружеская неверность и другие триггеры алкоголизации) -15%. 5.Наличие мужей-алкоголиков, «феномен спаивания»-10%. Злокачественное течение женского алкоголизма: отмечалось у 15% женщин ; без каких-либо аффективных расстройств – в 30%; асоциальное поведение с психопатизацией - у 55%.

В ходе исследования прослеживались общие черты женского алкоголизма: длительный латентный этап алкоголизации до первой госпитализации, характерное злокачественное течение алкоголизма – быстрый темп формирования алкоголизма, частые суицидальные тенденции в структуре депрессивных расстройств.

Таким образом, женский алкоголизм обладает рядом predisponирующих факторов, которые определяют его специфику, что необходимо учитывать при лечении данного контингента больных.

СОВРЕМЕННОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

**Сафина А.И., Сабиров Ж.Ф.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - асс. Орлов Г.В.**

Целью работы явилось ознакомление и изучение современных взглядов стереотаксического лечения пограничных психических расстройств.

Для получения наиболее полного впечатления о лечении психиатрических заболеваний был проведен тщательный обзор клинических наблюдений, которых очень мало в связи с запретом на психихирургию в РФ. К нейрохирургическим воздействиям в психиатрической практике на данный момент проявляется большая заинтересованность в связи с достижениями физиологии мозга, нейровизуализации, современных нейрохирургических методик, которые технически обеспечивают малую инвазивность процедуры. Глубокаянейростимуляция, вдобавок, создает условия обратимости проведения нейрохирургических вмешательств. Среди показаний к нейрохирургическим вмешательствам выделяют обсессивно-компульсивные расстройства, некоторые проявления шизофрении. Также рассматриваются вопросы лечения деменции, аддитивных, депрессивных расстройств, ожирения.

На сегодняшний день исследование показаний к нейрохирургическим вмешательствам при психических заболеваниях продолжается, и при лечении некоторых пограничных психических нарушений, обсессивно-компульсивных расстройств, хронических болевых синдромов при верном подборе больных наблюдается стойкий положительный ответ.

ПРЕДИСПОНИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ЖЕНСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ (РКПБ)

**Бухарова Е.Я., Малыгина Н.О.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., проф. Шайдукова Л.К.**

Последние исследования указывают на рост психических заболеваний во всем мире, в том числе у женщин. Определенное место среди этого контингента занимают лица, находящиеся на стационарном лечении. Одной из приоритетных задач современной психиатрии является максимальная социализация пациентов, что возможно при уменьшении числа госпитальных больных и профилактике рецидивов.

Цель нашего исследования: верификация причин и условий направления больных на госпитализацию в добровольном и недобровольном порядке в женское отделение РКПБ.

Методы исследования: в течение января 2013 г.нами обследована сплошная выборка, состоящая из 35 больных женского пола в возрасте от 15 до 66 лет (в среднем 38±2), госпитализированная во 2-ое женское отделение РКПБ.

Основными методами исследования были клинико-анамнестический, клинико - психопатологический и статистический.

Результаты. Национальный состав представлен следующим образом: 37% русских и 63% татар. По семейному положению количество замужних и никогда не имевших семьи женщин оказалось одинаковым, незначительное количество осталось за разведенными и вдовами. Среди больных 35% имеют постоянную работу, более 60% по различным причинам не работают. Уровень образованности неоднороден: 23% имеют среднее образование, 34% средне-специальное, 29% высшее, остальные 14% - студентки, школьницы. Из 35 пациентов 69% дали согласие на госпитализацию, 31% - были госпитализированы недобровольно. Половина пациенток поступили в стационар повторно. В большинстве случаев больных госпитализировали по настоянию ближайших родственников (85%), и только 15% приехали в сопровождении соседей, друзей или пришли самостоятельно. Практически половину среди поступивших в стационар составили больные с шизофренией (при обострении или впервые выявленной), достаточно значимое количество оказалось пациенток с органическими расстройствами личности (40%) и незначительное количество (10%) отвелось маниакально-депрессивным психозам, рекуррентным депрессивным и обсессивно-конвульсивным расстройствам.

Выводы. Исследованные предрасполагающие факторы госпитализации женщин с психическими расстройствами в отделение РКПБ выявило их неоднородность, что требует дальнейшего изучения в целях вторичной профилактики рецидивов и повторной госпитализации.

THE FIRST EPISODE OF SCHIZOPHRENIA

Farooq M.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., проф. Шайдукова Л.К.**

Objective: Negative and positive symptoms are a core feature of first episode of schizophrenia. The evolution and trajectory of primary positive & negative symptoms are studied here. We aimed at evaluating the prevalence and stability of primary positive & negative symptoms, and factors associated with persistent primary negative symptoms in a first-episode sample.

METHOD:

Ninety-five individuals aged 18 to 54 years presenting with first-episode schizophrenia-spectrum disorder were studied. Data on premorbid adjustment, socio-demographics, and baseline clinical and cognitive profiles were obtained. Psychopathological and vocational reassessments were conducted at 12, 24 and 36 months. Primary positive & negative symptoms were defined as the presence of clinically positive (delusion, hallucination) & significant negative symptoms excluding depression and extra-pyramidal signs.

RESULTS:

At baseline, 26.7% of subjects exhibited primary negative & positive symptoms. A quarter of patients had their initial primary negative symptoms status retained 12 months after treatment initiation. In both Year 2 and Year 3 of study period, around 72% of subjects had their primary negative symptoms status maintained for 12 months. At the end of three-year follow-up, 22.6% were categorized as having persistent primary negative symptoms. Male sex, unemployment at intake, prolonged duration of untreated psychosis, poorer premorbid academic and social functioning, poorer insight and worse vocational outcome were found to be associated with persistent primary negative symptoms.

CONCLUSION:

Clinical status of primary negative symptoms in first-episode schizophrenia-spectrum disorder was unstable in the initial year of treatment. Baseline symptom assessment may not reliably predict development of persistent primary negative symptoms. Studying negative symptoms should take into account the longitudinal perspective, especially in the early course of psychotic disorders.

ПРОБЛЕМА ПЕРФЕКЦИОНИЗМА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Холодова А.Д.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.п.н., асс. И.Р. Абитов**

В последнее десятилетие в психологии и психиатрии интенсивно дискутируется связь депрессивного и тревожного расстройства с перфекционизмом. Не вызывает сомнения то, что чрезмерное стремление к совершенству сопряжено с хроническим субъективным дискомфортом, высоким риском психических расстройств и сниженной продуктивностью деятельности.

Популяционные исследования и исследования перфекционизма в клинических выборках продемонстрировали его связь с расстройствами аффективного спектра: депрессиями, тревожными расстройствами, нарушениями пищевого поведения.

Объект исследования: студенты высших учебных заведений города Казань.

Предмет исследования: уровень перфекционизма студентов с различной успеваемостью.

Цель исследования: изучение особенностей перфекционизма студентов с различным уровнем успеваемости.

Для преоценки уровня перфекционизма ученые использовали опросник, который респонденты должны были заполнить, выразив согласие или несогласие с каждым из приведенных ниже утверждений, используя четыре формы ответа: «безусловно, да» – 4 балла, «пожалуй, да» – 3 балла, «пожалуй, нет» – 2 балла, «безусловно, нет» – 1 балл. Опросник состоит из 29 утверждений, которые распределены по пяти шкалам: 1) восприятие других людей, как делегирующих высокие ожидания (при постоянном сравнении себя с другими); 2) завышенные притязания и требования к себе; 3) высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс «самые успешные»; 4) селектирование информации о собственных неудачах и ошибках; 5) поляризованное мышление – «все или ничего». По результатам теоретического анализа работ таких ученых, как Н.Г. Гаранян, А.Б. Холмогоровой, Юдеевой Т.Ю. можно предположить, что студенты-отличники больше, чем студенты-троечники или хорошисты склонны поощрять в себе стремление к совершенству. Склонность к сопротивлению обнаружить несовершенства и невозможность доверить другим людям свои трудности – более подвержены отличники.

Поставив главной целью исследования анализ связей между перфекционизмом, как чертой личности и уровнем успеваемости студентов, была обнаружена прямая зависимость между данными параметрами. Чем выше стремление студента получать наилучшие результаты, тем выше его уровень перфекционизма.

МИКРОБИОЛОГИЯ

НАТУРАЛЬНАЯ ОСПА ЛИКВИДИРОВАНА?

Жидяевский А.Г.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.б.н., доц. Савинова А.Н.**

Натуральная оспа – особо опасная карантинная инфекция, что связано с высокой контагиозностью, тяжелым течением и высокой летальностью. Вирус натуральной оспы содержит ДНК, относится к роду Orthoroxvirus подсемейства Chordoroxvirinae семейства Poxviridae. Натуральная оспа была известна человечеству с древних веков. Источником инфекции является больной человек, возбудитель передается воздушным и контактно-бытовым путями. Программа ликвидации натуральной оспы в мире

путем глобальной вакцинации, разработанная Всемирной Организацией Здравоохранения, была выполнена. В 1980 году противосыпная вакцинация была прекращена во всем мире.

Однако, к этому же роду относится вирус оспы обезьян. Опасения ученых связаны с мутациями, приводящими порой к появлению высоковирулентных для человека штаммов вирусов животных.

Оспа обезьян - острая вирусная инфекция, характеризующаяся лихорадкой, общей интоксикацией и появлением экзантемы, сходной с высыпаниями при натуральной оспе. Относится к группе зоонозов с природной очаговостью. Носители вируса – приматы, белки, крысы, мыши в Центральной и Западной Африке. Передача вируса человеку происходит при контакте с животными. Вирус оспы обезьян может вызвать смертельную болезнь у людей (летальность менее 10%). Передача вируса от человека человеку происходит воздушно-капельным путем, контактно-бытовым, или трансплацентарным путями (врожденная оспа обезьян). Первый случай оспы обезьян среди людей был отмечен в 1970 году в Демократической Республике Конго, позже - крупная вспышка в 1996-1997 годах. В Соединенных Штатах Америки случаи оспы обезьян были подтверждены в 2003 году, в результате контакта людей с лугowymi собачками. Предполагается, что передача вируса этим животным произошла от завезенных из Африки животных.

Для лечения оспы обезьян нет препаратов. Профилактику оспы обезьян проводят вакцинацией против натуральной оспы (эффективность 85%). Неспецифическая профилактика заключается в изоляции больных и предотвращении распространения вируса оспы обезьян в результате торговли животными. Всемирная Организация Здравоохранения рекомендует ввести ограничение или запрет на перемещение животных – носителей вируса за пределы Африки.

CHIKUNGUNIYA

Hanumant Desmukh

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.б.н., доц. Савинова А.Н.**

Chkunguniya virus infection is endemic diseases in India. Chkunguniya in Makonde language "that which bends up". Chkunguniya virus is ssRNA an insect-borne virus of the genus Alphavirus of Togaviridae family. It is transmitted to humans by virus-carrying Aedes mosquitoes. Three genotypes of this virus have been described: West African, East/Central/South African and Asian genotypes. This virus was first identified in Tanzania in the 1953.

Chkunguniya virus infection causes an illness with symptoms similar to dengue fever, with an acute febrile phase of the illness lasting only two to five days, followed by a prolonged arthralgic disease that affects the joints of the extremities. Its symptoms include a fever up to 40 °C (104 °F), a petechial or maculopapular rash of the trunk and occasionally the limbs, and arthralgia or arthritis affecting multiple joints. Other nonspecific symptoms can include headache, conjunctivitis, slight photophobia and partial loss of taste. Common laboratory tests for chikungunya include polymerase chain reaction, virus isolation, and serological tests. Virus isolation provides the most definitive diagnosis, Human epithelial and endothelial cells, primarily fibroblasts and monocyte-derived macrophages, are susceptible to infection.

There currently is no licensed vaccine to protect against chikungunya virus. The most effective means of prevention are protection against contact with the disease-carrying mosquitoes and mosquito control. Chloroquine is gaining ground as a possible treatment for the symptoms associated with chikungunya, and as an anti-inflammatory agent to combat the arthritis associated with the virus. The severity of the disease as well as its duration is less in younger patients and pregnant women. In 2006, there was a large outbreak in India. States affected by the outbreak were Andhra Pradesh, Tamil Nadu, Karnataka, Maharashtra, Gujarat, Madhya Pradesh, Kerala and Delhi. There have been reports of large scale outbreak of this virus in Southern India. At least 80,000 cases.

JAPANESE ENCEPHALITIS

Rashmi Solunki

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.б.н., доц. Савинова А.Н.**

Japanese encephalitis is primarily a childhood disease because people develop immunity through exposure. The majority of cases occur in people under the age of 15. But people of any age can be infected. Adult infection most often occurs in areas where the disease is newly introduced.

In India first human case of Japanese encephalitis was in 1955. First viral isolation from Japanese encephalitis case in 1958. In 1973 - first outbreak- Bankura and Burdwan in West Bengal, in 1976 - repeat outbreak in Burdwan. Morbidity during 2001 – 2007 (Number of suspected cases): annual cases ranged from 1695 to 6587, (5–50 cases per 100,000 children per year). Case Fatality Rate during 2001 – 2007 ranged from 22% – 28%.

Japanese encephalitis virus belongs to Flaviviridae family, Flavivirus genus. It is single-stranded RNA virus. Can be grown in both vertebrate and mosquito cell lines, but most difficult to isolate. JEV is transmitted to humans through the bite of an infected mosquito, primarily Culex species. The virus is maintained in an enzootic cycle between mosquitoes and amplifying vertebrate hosts, primarily pigs and wading birds. Humans are incidental or dead-end hosts, because they usually do not develop a level or duration of viremia sufficient to infect mosquitoes.

Symptoms can take between 5 to 15 days to appear. It is common for many people to show no symptoms. In more severe cases usually include sudden onset of fever, headaches, and gastrointestinal symptoms; can also include neck stiffness, disorientation, mental or behavioural changes, generalized weakness, paralysis, coma, seizures, or convulsions and may lead to death.

Prevention: routine immunization to target children between 1-2 years using inactivated mouse brain vaccine. Protect yourself from mosquito bites.

Most travellers to countries where Japanese encephalitis occurs are at low risk; however those who may be at high risk should consult a health care provider to discuss the benefits of getting vaccinated. It is recommended that the following travellers consider getting vaccinated: those spending one month or more in a rural area where Japanese encephalitis is present, those spending less than one month in a rural area, but spending a large amount of time outdoors, particularly at night.

МОРОЖЕНОЕ - ЛАКОМСТВО ИЛИ УГРОЗА ЗДОРОВЬЮ?

Абдуллина А.А., Мияссарова Г.М.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.б.н., доц. Савинова А.Н.

Иногда молочные продукты становятся причиной инфекционных заболеваний и пищевых отравлений. Целью нашей работы было микробиологическое исследование этих продуктов.

Для исследования были выбраны сорта мороженого: «ГОСТ Р52175» ,ОАО «Челны Холод» Россия, РТ, г. Набережные Челны; «Батыр» ООО «Ак Барс Логистика» Россия, РТ, г. Казань; Cornetto» ООО «Инмарко» Россия, г. Омск., а также стерилизованное молоко «Агуша» ОАО «Вимм-Билль-Данн» Россия, г. Москва и пастеризованное молоко Филиал ОАО «Вамин Татарстан» «Казанский молочный комбинат» Россия, РТ, г.Казань

Исследования проводились в соответствии с ГОСТ Р 53430-2009 «Молоко и продукты переработки молока» с целью определения количества мезофильных аэробных и факультативно-аэробных микроорганизмов (КМАФАМ) и бактерий группы кишечной палочки (БГКП).

Метод определения количества мезофильных аэробных и факультативно-аэробных микроорганизмов (КМАФАМ) основан на подсчете колоний мезофильных аэробных и факультативно-аэробных микроорганизмов, вырастающих на твердой питательной среде КМАФАМ при температуре (30±1)°С в течение 72 ч.

Метод определения бактерий группы кишечной палочки (БГКП) основан на способности БГКП сбраживать в питательной среде лактозу с образованием газа и кислоты при температуре (37±1) °С в течение 24ч. Признак роста БГКП на жидкой среде Кесслер – визуально наблюдаемое накопление газа в поплавке.

Исследования показали, что в мороженом сортов «Батыр» и «Cornetto» содержание КМАФАМ не превышает допустимый уровень, БГКП не обнаружены, что соответствует ГОСТ. В мороженом «ГОСТ» КМАФАМ так же соответствует нормативам, но БГКП были обнаружены.

В стерилизованном молоке «Агуша» содержание КМАФАМ ниже допустимого уровня.

В пастеризованном молоке «Вамин Татарстан» содержание КМАФАМ соответствует нормативам, однако БГКП были выявлены.

Таким образом, мороженое сортов «Батыр» и «Cornetto», а также стерилизованное молоко «Агуша», изготовленные по ТУ, соответствуют санитарно-микробиологическим нормативам. Мороженое «ГОСТ» и пастеризованное молоко «Вамин Татарстан» изготовленные по ГОСТ, не вполне соответствуют им.

САНИТАРНО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОЛОЧНО-КИСЛЫХ ПРОДУКТОВ

Вульфсон К. В., Бакирова Д. Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., доц. Федорова Е. Р.

В перерывах между занятиями студенты часто вместо обеда пьют различные молочнокислые продукты «Био-йогурт» , «Активия питьевая» и йогурт в бутылках, считая что они являются вкусными и полезными так как в них содержатся живые бифидобактерии.

Целью нашей работы явилось санитарно-микробиологическое исследование различных молочнокислых напитков и оценка их качества. Задачи исследования - определить в напитках содержание молочнокислых бактерий, наличие бактерии группы кишечных палочек, *S. aureus* , сальмонелл, дрожжей и плесневых грибов. На исследование были отобраны «Активия питьевая», био-йогурт и йогурт в бутылках. Пробы каждого вида напитков были закуплены в пяти разных магазинах. Исследование проводили по «Единым санитарно-эпидемиологическим требованиям к товарам, подлежащим санитарно-эпидемиологическому надзору (контролю)» от 2010 года №9299 от 28.05.2010 г.

Для определения молочнокислых бактерий исследуемые продукты из разведений 10-7, 10-8, 10-9 засеивали на среду Блаурокка. Посевы инкубировали при 37 0С – 48 часов, а затем готовили из них мазки, окрашивали метиленовым синим и просматривали под микроскопом. Для выявления бактерии группы кишечных палочек нормируемое количество исследуемого материала сеяли на среду Кесслера, а для определения наличия *S. aureus* -на солевой бульон. Бактерий рода сальмонеллы выявляли путем посева исследуемого материала на среду Раппопорта –Вессилиадиса с соей . Для подсчета дрожжей и плесеней в изучаемых напитках делали глубинный посев на среду Сабуро. Дальнейшие исследования проводили согласно нормативным документам. Исследования показали , что изученный материал по всем показателям соответствовал нормативам и только в двух исследуемых напитках - в одной «Активии питьевой» и в одном йогурте в бутылках количество молочнокислых бактерий было менее 10-7, что по видимому было связано с тем, что до окончания срока хранения данных продуктов оставалось небольшое количество дней и в них начался процесс отмирания бифидобактерий.

Выводы: для сохранения качества молочнокислых продуктов необходимо строго соблюдать температурных режим и сроки их реализации.

О СОБЛЮДЕНИИ САНИТАРНО-ДЕЗИНФЕКЦИОННОГО РЕЖИМА В ВАГОНАХ КАЗАНСКОГО МЕТРОПОЛИТЕНА

Хисматуллина А.А., Гизатулин Р.Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководители – к.м.н., доц. Федорова Е. Р., к.м.н., асс. Валеева Ю.В.

Студенты различных казанских вузов часто доезжают до своих институтов на метро, поэтому мы решили изучить там соблюдение санитарно-дезинфекционного режима.

Цель исследования — изучение санитарно-дезинфекционного режима в вагонах казанского метрополитена.

Для проведения исследования группа студентов лечебного факультета спустилась на станцию метро, села в вагон и проехала несколько остановок, отбирая во время поездки смывы тампонами, смоченными физиологическим раствором с поручней вагонов. Во время поездки было отобрано 100 смывов, которые были доставлены на кафедру и там исследованы на наличие бактерий группы кишечной палочки и грибов рода *Candida*. Для определения кишечных палочек смывы засеивали на среду Кода и инкубировали 24 час при температуре 37 0С, а для определения грибов на бульон Сабуро и выращивали сутки при температуре 22 0С. При изучении результатов посева на среде Кода изменений не обнаружено, а значит бактерии группы кишеч-

ной палочки отсутствуют. В шести пробирках со средой Сабуро появилось помутнение, поэтому был сделан пересев на плотную среду Сабуро. Через четверо суток инкубирования при температуре 22 0 С на среде выросли гладкие, круглые, слегка выпуклые бежевого цвета колонии. В мазках из них были обнаружены дрожжеподобные клетки с псевдомицелием. Затем были выделены чистые культуры микроорганизмов и изучены биохимические свойства. Исходя из этого, был сделан вывод о принадлежности микробов к дрожжеподобным грибам рода *Candida*.

Выводы: 1.Отсутствие бактерий группы кишечной палочки позволяет сделать вывод о том, что возможно проводится дезинфекция антибактериальными средствами.

2.Для уничтожения грибов рода *Candida*, вероятно, необходимо использовать дезинфицирующие средства широкого спектра действия с фунгицидными свойствами

ИЗУЧЕНИЕ МИКРОБНОЙ ОБСЕМЕНЕННОСТИ МОБИЛЬНЫХ ТЕЛЕФОНОВ

Егорова К.Е.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., асс. Валеева Ю.В.**

Мы никогда не задумываемся, какую санитарно-эпидемиологическую опасность могут нести наши мобильные телефоны. Они не подвергаются никакой обработке. Мы с ними в метро, автобусах, магазинах, на работе и дома.

Цель исследования — изучение микробной обсемененности мобильных телефонов.

Для проведения исследования были отобраны 100 мобильных телефонов студентов лечебного факультета, с поверхности которых проводили смывы стерильным ватным тампоном, смоченным в физиологическом растворе, для определения микробов кишечной и кокковой группы. Тампон отмывали в физиологическом растворе и переставляли в пробирку с солевым бульоном, а смывную жидкость сеяли на среду Кода двойной концентрации. Посевы инкубировали при температуре 37 0С, 24 часа. При изучении результатов посева, на среде Кода изменений не обнаружено, а значит, бактерии группы кишечной палочки отсутствуют. В сорока шести пробирках с солевым бульоном отмечалось помутнение, из них был сделан высеv на среду ЖСА. После инкубирования на ЖСА выросли пигментированные S- формы колонии с зоной лецитовителазной активности и без нее. При дальнейшем исследовании обнаружено 46 культур стафилококков, два из которых относились к виду *S. aureus*, двадцать к виду *S. epidermidis* и двадцать четыре к виду *S. saprophyticus*.

Вывод: исследование мобильных телефонов показало, что они либо не были обсеменены микроорганизмами, либо сохранили эпидермальную кокковую микрофлору, за исключением двух случаев, где был выявлен *S. aureus*, который может являться представителем транзитной микрофлоры.

ВЛИЯНИЯ МАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТЬ БАКТЕРИАЛЬНЫХ КУЛЬТУР

Кожаринова А. М., Уразманова А. А.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.б.н., доц. Кипенская Л. В.**

Современное человечество живет в век компьютеров, электронной техники, мобильной связи и прочих радиотехнических устройств. Эти приборы являются источником электромагнитного излучения. Недавно был открыт новый вид излучения, наблюдающийся в экспериментах по электровзрыву металлических проволок в жидкости. Было доказано, что природа излучения носит чисто магнитный характер..

Первые исследования влияния магнитного излучения были проведены на мышах. При воздействии магнитного излучения наблюдалось: повышение эффективности репарации ДНК, повышение резистентности стволовых клеток к действию генотоксических факторов, ускорение клеточного цикла, а также повышение функциональной активности кроветворной, иммунной и нервной систем.

Материалы и методы

В представленной работе в качестве биологических объектов исследования воздействия магнитного излучения на живые системы использовались бактерии двух видов: *Staphylococcus aureus* и *Escherichia coli*.

Смысл исследований состоял в анализе чувствительности различных видов бактерий к направлению излучения. Жидкая питательная среда подвергалась магнитному облучению на северном (N) и южном (S) полюсах. После этого в них засеивали исследуемые культуры микроорганизмов и инкубировали 24 часа при 37о. Затем микроорганизмы высевали на плотные питательные среды и инкубировали при тех же условиях.

При посеве бактерий в питательную среду, облученную в северном направлении, количество их увеличивается на 2 порядка по сравнению с контрольной группой. Число бактерий в образце, облученном в южном направлении, мало отличается от контрольной группы.

Результаты и обсуждение

Данная работа является первой, в которой изучается воздействие магнитного излучения на бактериальные культуры. Проведенными исследованиями обнаружена корреляция между степенью накопления магнитного излучения веществом и скоростью размножения бактерий.

Экспериментально доказано, что воздействие на биологические объекты магнитного облучения на северном полюсе N является положительным,

а на южном полюсе S – эффект слабовыраженный или полностью отсутствует.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДАПТОМИЦИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГОСПИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ, ВЫЗВАННЫХ MRSA

Гараев И.Г.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.б.н., доц. Шулаева М.П.**

Госпитальные инфекции, в том числе такие, как инфекции кожи и мягких тканей, остаются одной из наиболее актуальных проблем здравоохранения. Основным возбудителем данной патологии во всем мире является метициллин-резистентный золотистый стафилококк (MRSA).

До недавнего времени для лечения инфекций, вызванных *S. aureus*, использовались главным образом гликопептиды в случае резистентности к метициллину и пенициллины в случае чувствительности к нему. У пациентов, инфицированных MRSA, ванкомицин был менее эффективен по сравнению с пенициллинами.

В этой связи появление на рынке новых высокоэффективных антибактериальных агентов представляет особую актуальность. Кубицин (даптомицин) – первый представитель нового класса бактерицидных антибактериальных препаратов – липопептидов, обладающий уникальным механизмом действия, который заключается в связывании с мембраной бактериальной клетки с ее деполаризацией и последующей гибелью клетки без явлений лизиса.

Цель исследования: проведение скрининга в оценке эффективности даптомицина в отношении MRSA.

Материалы и методы: материалом служило раневое отделяемое больных хирургического отделения. Выделение и идентификацию микроорганизмов проводили общепринятыми методами. У выделенных микроорганизмов определяли антибиотико-чувствительность методом E – тестов, с помощью которых определяли минимально-подавляющую концентрацию (МПК).

Результаты исследования. Было протестировано 13 изолятов MRSA, выделенных из различных ран (инфицированная рана - 7, диабетическая флегмона - 1, фурункулез - 4). МПК была соответственно равна: 0,125, 0,25, 0,5 мкг/мл.

Для сравнения было проведено испытание ванкомицина. У всех изолятов значение МПК было равно 1,0 мкг/мл.

Выводы:

1. По итогам проведенного исследования, были подтверждены литературные данные о высокой эффективности антибиотика нового класса бактерицидных антибактериальных препаратов из группы липопептидов – даптомицина.

2. МПК даптомицина оказалась значительно ниже по сравнению с известным аминогликозидом – ванкомицином.

ВЛИЯНИЕ МЕТИЛЭТИЛПИРИДИНОЛА НА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ KLEBSIELLA PNEUMONIAE К ТЕТРАЦИКЛИНУ

Мирошниченко А.Г., Перфильев В.Ю., Смирнов П.В.

Алтайский государственный медицинский университет

Руководители – д.м.н., проф. Брюханов В.М., к.м.н., доц. Бутакова Л.Ю.

Цель: оценка влияния антиоксиданта метилэтилпиридинола на антибактериальную активность тетрациклина в отношении *Klebsiella pneumoniae*.

Методы исследования. В работе использовались 2 клинических штамма *Klebsiella pneumoniae*. В инкубационные среды на основе минеральной питательной среды М9, содержащие тетрациклин в сублетальных концентрациях (50% от минимальной подавляющей концентрации: 0,75 мг/л для штамма №1, 0,9 мг/л для штамма №2), добавляли метилэтилпиридинол до достижения концентраций 0,25, 0,5, 1, 2 и 4 мМ. Бактерии инкубировали в течение 24 часов, интенсивность размножения клеток контролировали по величине изменения оптической плотности бактериальной суспензии с помощью прибора Densi-La-Meter (Erba Lachema, Чехия). Статистическую обработку проводили с использованием непараметрического критерия Манна-Уитни, различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Значимое снижение оптической плотности бактериальной биомассы обнаруживается для высоких концентраций антиоксиданта (2 и 4 мМ) уже через 2 часа для штамма №2 и через 4 часа для штамма №1 после начала инкубации. К 12 часу эксперимента обнаружено значимое потенцирование антибактериального эффекта тетрациклина для всего диапазона концентраций метилэтилпиридинола, причем сила этого эффекта прямопропорциональна концентрации антиоксиданта. Спустя 24 часа оптическая плотность инкубационных смесей, содержащих метилэтилпиридинол в концентрациях 0,25-1 мМ выравнивается с контрольными значениями. В высоких концентрациях (2 и 4 мМ) антиоксиданта потенцирующее действие сохраняется на протяжении всего эксперимента.

Заключение. Метилэтилпиридинол потенцирует активность тетрациклина в отношении *Klebsiella pneumoniae*. Эффект имеет прямую зависимость от концентрации антиоксиданта.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАПИЛЛОМОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Стегунова Н.А., Саитов Л.Н.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – к.м.н., асс. Валева Ю.В.

Папиллома - это доброкачественная опухоль, основным структурным элементом которой является покрытый эпителием соединительнотканый сосочек содержащий сосуды. В настоящее время известно более 30 штаммов вируса папилломы человека, обуславливающих возникновение доброкачественных эпителиальных опухолей. Они обладают высокой контагиозностью и передаются контактным путем - при наличии микротравм кожи или слизистых оболочек, половым путем, а также от матери новорожденному ребенку. Папилломовирусы вызывают образование у человека остроконечных кондилом, кожных, вульгарных, подошвенных и плоских папиллом, акрохорд – нитевидных папиллом, веррукозный ларингит, болезнь Бека и болезнь Левандовского — Лютца. Ученые пока не придумали средства, способного раз и навсегда убить папилломовирус. Можно только вылечить его проявления используя различные протовирусные средства – «Индинол», «Панавир», «Залаин» или удалить папилломы с помощью аппаратного лечения.

Современные методы аппаратного удаления папиллом не имеют противопоказаний и гарантируют безопасность. Новейшая аппаратура оказывает точечное воздействие на измененные участки кожи, что делает удаление папиллом безболезненной и очень эффективной процедурой. Для удаления папиллом используют: вырезание, электрокоагуляцию, криотерапию, плазменную коагуляцию, лазерное удаление и радиохимию. Однако наиболее эффективными методами являются лазерная коагуляция и радиохимию. Лазерная коагуляция – выпаривание пораженных клеток узконаправленным лучом полупроводникового лазера с одновременным закупориванием мелких кровеносных сосудов и образованием защитной корочки, которая исчезает за 2-3 недели. Радиохимию производится специальным радионожом, с помощью которого отрезается поврежденный участок ткани, что исключает повторное развитие папиллом. При помощи подобного метода удаление папилломы производится безболезненно и быстро.

После удаления папиллом необходимы определенные меры, которые способствуют снижению активности папилломовируса в человеческом организме. Для этого рекомендуется провести курс при иммуномодуляторах, направленный на укрепление иммунной системы.

МОЛЕКУЛЯРНАЯ И КЛЕТОЧНАЯ МЕДИЦИНА

МОРФО-ЦИТОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЛИИ МОЗГА ПРИ ОПОРНОЙ РАЗГРУЗКИ ЗАДНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ МЫШИ

Повышева Т.В.

Казанский (Приволжский) федеральный университет
Руководитель – д.м.н., проф. Челышев Ю.А.

Иммуногистохимическим методом изучен спинной мозг мышей линии c57black/6 (25±3г) в области поясничного утолщения в следующих зонах: вентро-медиальная область вентральных канатиков (VF), вентральные рога (VH), кортикоспинальный тракт в дорсальных канатиках (CST), зона вхождения дорсальных корешков (dorsal root entry zone, DREZ), центральный канал (CC) через 30 суток после их пребывания в условиях опорной разгрузки задних конечностей, моделирующих последствия гипогравитации (опытная группа, n=8). Мышей контрольной группы (n=5) содержали в стандартных условиях вивария.

К 30 суткам от начала эксперимента во всех исследуемых зонах, как и у «вывешенных», так и у интактных мышей, найдены GFAP+, S100β + и GFAP+/S100β +-клетки. В зонах VH и CC количество GFAP+-клеток в опыте меньше, чем у интактных мышей соответственно на 56% и 44%, а в зоне DREZ, наоборот, больше на 43%. Уменьшение количества GFAP+-клеток практически во всех исследованных зонах спинного мозга «вывешенных» мышей отражает перестройку цитоскелета клеток. У животных опытной группы в зонах CST, VH и VF количество S100β+-клеток достоверно меньше, чем у интактных животных, соответственно на 40%, 64% и 30%. В зонах CST, VH и VF у животных опытной группы количество GFAP+/S100β+-клеток меньше, чем у интактных мышей соответственно на 41%, 59% и 37%.

По критериям экспрессии GFAP и S100β изменение фенотипа астроцитов в этих зонах свидетельствует об отсутствии сдвигов, характерных для реактивных астроцитов. В этом отношении исключение составляют астроциты в DREZ, что может быть связано с модуляцией при гипогравитационном синдроме состояния естественного глиального барьера между периферической и центральной нервной системой, который представлен астроцитами особого типа в этой зоне.

Также была проведена двойная иммуногистохимическая реакция срезов с антителами против β-TubIII (маркера нейронов) и против белка S-100β. В зоне VH у мышей обеих групп обнаружены S100β+-нейроны. В опытной группе количество S100β+-нейронов достоверно больше, чем у интактных животных. Обнаруженное повышенное содержание белка S100β в нейронах поясничного утолщения мышей с антиортостатическим вывешиванием отражает изменения морфо-функционального состояния мотонейронов в результате сдвигов во взаимодействии между нейронами и астроцитами.

ИЗУЧЕНИЕ МУТАГЕННОЙ АКТИВНОСТИ 5-ГИДРОКСИ-3,4-ДИХЛОР-3-ПИРРОЛИНА-2-ФУРАНОНА МЕТОДОМ МИКРОЯДЕРНОГО АНАЛИЗА

Сунгатуллина Е.Р.

Казанский (Приволжский) федеральный университет
Руководитель – к.м.н., доц. Кошпаева Е.С.

Выявление мутагенов среди факторов окружающей среды, влияющих на живые организмы, а так же оценка их опасности при применении – одна из важнейших прикладных задач генетики, направленная на первичную профилактику наследственных болезней и злокачественных образований. Одной из первоочередных задач генетиков является проверка мутагенности. К настоящему времени известно большое количество тест-систем оценки данного параметра, но наиболее простым в использовании и чувствительным остается микроядерный тест на клетках костного мозга млекопитающих.

В виде микроядер регистрируются фрагменты хромосом, образовавшиеся в результате воздействия мутагенного агента в полихроматофильных эритроцитах после выталкивания основного ядра пронормобластами.

Целью данной работы явилась оценка мутагенности 5-гидрокси-3,4-дихлор-3-пирролин-2-фуранона и проверка его оксидантной активности. Для достижения поставленной цели использовался метод микроядерного анализа.

Исследуемое вещество было опробовано на мышах, которым его вводили в разных концентрациях (100, 200 и 400 мкг/мл) перорально и внутрибрюшинно. В течение двух недель осуществлялся ежедневный контроль психологического и физиологического состояния подопытных животных на наличие отклонений, а так же подсчитывалось количество микроядер в эритроцитах периферической части крови мышей.

Проведенный анализ мутагенности пирролина, показал, что при его попадании в кровь мышей частота эритроцитов с микроядрами увеличилась в 2 раза при концентрации 100 и 200 мкг/мл и в 3 раза при концентрации 400 мкг/мл. Так же было выявлено, что окислительная активность тестируемого нами соединения возрастает на 43% относительно контроля по мере увеличения его концентрации.

Таким образом установлено, что данное соединение имеет явно выраженный мутагенный эффект на эукариотические клетки, что исключает возможность его применения в качестве медицинского препарата.

ДЕЛЕНИЕ МУТАГЕННОЙ АКТИВНОСТИ 5-ГИДРОКСИ-3,4-ДИХЛОР-2(5Н)-ФУРАНОНА

Гимадеева Р. М.

Казанский федеральный университет
Руководитель – к.м.н., доц. Кошпаева Е.С.

Виды водорослей рода *Delisea* производят более чем 30 из 2(5H)-фуранонов. В институте органической химии Казанского федерального университета было синтезировано несколько производных естественного фуранона, над изучением которых сейчас ведется активная работа.

Целью данной работы является оценка мутагенной активности 5-гидрокси-3,4-дихлор-2(5H)-фуранона (мукохлорная кислота) при помощи микроядерного теста эритроцитах периферической крови мышей. Забор крови осуществлялся из хвостовой вены. Препарат изучался в концентрациях 100, 200 и 400 мкг/мл и вводился внутрибрюшинно. Изучение количества эритроцитов в периферической крови изучали в динамике на 2, 3, 4, 8, 10 и 12 день после введения препарата. Для сравнения

изучали уровень эритроцитов с микроядрами у мышей без введения препарата (контроль 1) и при введении физиологического раствора (контроль 2).

Микроядерный анализ периферической крови позволяет, не умерщвляя животное, анализировать в динамике последствия воздействия на организм мутагенного фактора.

В данной работе, изучали количество эритроцитов периферической крови с микроядрами у мышей. Было установлено, что при применении тестируемого соединения в эритроцитах периферической крови мышей наблюдалось увеличение частоты эритроцитов с микроядрами в 3 раза при концентрации 100 мкг/мл и в 4 раза при концентрации 400 мкг/мл. Причем, было отмечено, что пик количества эритроцитов с микроядрами наблюдался на 2-3 день после обработки мышей препаратом во всех изученных концентрациях. Уровень мутагенеза в этих случаях достоверно превышал уровень спонтанного мутагенеза в контрольных опытах.

Таким образом, в нашей работе было отмечено, что мукохлорная кислота обладает высоким мутагенным эффектом.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ СТЕНКИ КИШЕЧНИКА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

**Бойко Е.В., Попадинец О.Г., Грищук М.И.
Иваново-Франковский национальный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., проф. Геращенко С.И.**

Цель исследования – изучение структурно-функциональной организации стенки и диффузной эндокринной системы кишечника крыс в условиях экспериментального дисбактериоза, индуцированного антибиотиками. Исследовали тонкую кишку интактных крыс и крыс, у которых вызывали дисбактериоз путем энтерального введения пefлоксацина в терапевтических дозах на протяжении 8 дней. Забор материала – на 1-е, 7-е и 15-е сутки после отмены препарата. Для гистологического исследования срезы окрашивали гематоксилином и эозином, а также импрегнировали серебром по методу Гриммелиуса для идентификации эндокриноцитов. Микробиологические исследования для подтверждения развития дисбактериоза выполняли согласно методическим рекомендациям. По результатам микробиологического исследования фекалий установлено, что после 8 дней интрагастрального введения пefлоксацина формируются стойкие изменения кишечного микробиоценоза. На 1-е сутки эксперимента в кишечнике наблюдается слущивание эпителия, отек собственной пластинки слизистой оболочки и подслизистой основы, инфильтрация слизистой полиморфными клетками. Большинство ворсинок имеют признаки деформации различной степени. Отмечается увеличение количества бокаловидных клеток, их цитоплазма переполнена секретом. В течении следующих 7 суток степень отека уменьшается, но возрастает выраженность деструктивных и инфильтрационных изменений, наблюдается пролиферативная активность эпителия крипт. Через 15 суток заметна регенерация морфологических структур на фоне остаточных явлений. Существенных изменений в структуре мышечной и серозной оболочек не наблюдается. Сразу после окончания введения препарата возрастает количество эндокриноцитов и повышается их функциональная активность. На 7-е сутки функциональная активность остается достаточно высокой, что выражается дегрануляцией цитоплазмы различной степени. На 15-е сутки суммарная концентрация эндокриноцитов практически не отличается от контроля, при этом насыщенность гранулами беднее в сравнении с аналогичными клетками у контрольных животных. Следовательно, экспериментально смоделированный дисбактериоз у крыс характеризуется совмещением энтерита и колита средней степени, дистрофических изменений и очагового некроза эпителиоцитов тонкой кишки, увеличением количества эндокриноцитов и усилением их активности.

ДИНАМИКА КЛЕТОЧНЫХ РЕАКЦИЙ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ЗВЕЗДЧАТЫХ КЛЕТОК ПЕЧЕНИ, АКТИВИРОВАННЫХ IN VIVO, КРЫСАМ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПЕЧЕНИ ЧХУ

**Шарипова Э.И., Бурганова Г.Р., Гумерова А.А.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., проф. Киясов А.П., д.м.н., доц. Гумерова А.А.**

Сегодня активно исследуются клеточные источники для терапии хронических заболеваний печени. Один из них – звездчатые клетки печени (ЗКП). Для проведения экспериментов на животных возможно использование ЗКП. Нами была выбрана модель классического химического повреждения печени четыреххлористым углеродом (ЧХУ). Неизвестно, способны ли ЗКП, активированные *in vivo* нитратом свинца, дифференцироваться в гепатоциты после трансплантации крысам с повреждением печени, вызванном ЧХУ, способствуя ее регенерации, или же это приведет к их трансдифференцировке в миофибробласты с последующим развитием фиброза печени. В связи с этим целью данного исследования стало изучение динамики клеточных реакций после трансплантации ЗКП, активированных *in vivo*, крысам с повреждением печени ЧХУ.

Материалы и методы: крысам в хвостовую вену вводили нитрат свинца с целью активации ЗКП *in vivo*. Через 2 суток проводили выделение ЗКП. Клетки трансфецировали геном зеленого флуоресцентного белка (EGFP). Выделенные трансфецированные клетки вводили в портальную вену крыс, которым предварительно внутрибрюшинно был введен ЧХУ. Животных выводили из эксперимента через 1, 2, 5, 7, 14 суток. Образцы заливали в парафин и окрашивали иммуногистохимически с использованием антител к EGFP, PCNA – маркеру пролиферирующих клеток, десмину – маркеру звездчатых клеток печени, α -SMA – маркеру миофибробластов.

Результаты: после трансплантации ЗКП, активированных *in vivo*, в печени крыс на всех сроках были обнаружены единичные EGFP+ клетки с морфологией гепатоцитов. Уже через 1 сутки в печени крыс было обнаружено большое количество PCNA+ и десмин-позитивных клеток, в том числе и в зонах некроза, к 5-7 суткам количество этих клеток уменьшалось, что может свидетельствовать о завершении восстановления органа. α -SMA+ клетки не выявлены ни на одном сроке. Таким образом, трансплантированные ЗКП мигрируют в печень и сохраняют жизнеспособность не менее 14 дней, дифференцируясь в гепатоциты, и способствуют репопуляции гепатоцитов без риска фиброобразования.

ДЕСМИН-ПОЗИТИВНЫЕ ЗВЁЗДЧАТЫЕ КЛЕТКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ АЛЛОКСАНОВОМ ДИАБЕТЕ У КРЫС

**Титова А.А., Плюшкина А.С.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., ст. преп. Калигин М.С.**

Звёздчатые клетки поджелудочной железы играют основную роль в развитии фиброза и регенерации поджелудочной железы. По данным ряда авторов они могут выступать в качестве стволовых клеток поджелудочной железы, что открывает

перспективы их использования для лечения сахарного диабета. Белок промежуточных филаментов цитоскелета десмин является одним из основных маркеров звёздчатых клеток поджелудочной железы. На сегодняшний день остается не изученной динамика популяции десмин-позитивных звёздчатых клеток в поджелудочной железе у крыс при сахарном диабете 1 типа, что и стало целью нашего исследования.

Материалы и методы. Исследование было проведено на 27 белых беспородных крысах самцах, которым внутривенно вводили 180 мг/кг аллоксана. Через 1, 2, 3, 5, 7, 14, 21 и 28 суток после инъекции проводили определение уровня глюкозы в крови и забор органов. Материал фиксировали и заливали в парафин по стандартной методике, далее окрашивали иммуногистохимически с использованием коммерческих моноклональных антител к десмину.

Результаты исследования показали, что десмин-позитивные звёздчатые клетки расположены вокруг ацинусов поджелудочной железы, а единичные клетки можно встретить в островках поджелудочной железы. Количество клеток на разных сроках эксперимента существенно не менялось. Также не было выявлено трансдифференцировки звёздчатых клеток в миофибробласты (отсутствие в паренхиме железы клеток, экспрессирующей альфа-гладкомышечный актин) и признаков развития фиброза.

Вывод. Регенерация поджелудочной железы после повреждения аллоксаном не сопровождается значительным изменением числа и активацией десмин-позитивных звёздчатых клеток поджелудочной железы.

УЧАСТИЕ СВЕЖЕВЫДЕЛЕННЫХ И АКТИВИРОВАННЫХ IN VIVO ЗВЁЗДЧАТЫХ КЛЕТОК ПЕЧЕНИ В РЕГЕНЕРАЦИИ ПЕЧЕНИ КРЫС ПОСЛЕ ЧАСТИЧНОЙ ГЕПАТЭКТОМИИ И ПОВРЕЖДЕНИЯ ЧЕТЫРЁХХЛОРИСТЫМ УГЛЕРОДОМ

Шафигуллина А.К., Бурганова Г.Р., Трондин А.А.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., доц. Гумерова А.А., д.м.н., проф. Киясов А.П.

Известно, что при повреждении печени звёздчатые клетки печени (ЗКП) активируются и, продуцируя биологически активные вещества, обеспечивают восполнение популяции гепатоцитов. Заключительным этапом активации ЗКП является их трансдифференцировка в миофибробласты (МФ), экспрессирующие альфа-гладкомышечный актин (α-ГМА) и являющиеся главным источником соединительной ткани при развитии фиброза печени. Модель повреждения печени нитратом свинца (НС) выбрана нами для получения активированных ЗКП (аЗКП), поскольку в этом случае она является неполной, то есть не сопровождается их трансдифференцировкой в МФ. Работ по трансплантации ЗКП при повреждениях печени и изучению их влияния на регенерацию гепатоцитов и риск развития фиброза печени на сегодняшний день нет, поэтому целью исследования стало изучение участия свежесыведенных (сЗКП) и активированных in vivo (аЗКП) звёздчатых клеток печени в регенерации печени крыс после повреждений различной природы: частичной гепатэктомии (ЧГ) и повреждения четырёххлористым углеродом (ЧХУ).

Материалы и методы. Из печени интактных крысы были выделены ЗКП, аЗКП были выделены из печени крыс через 2 суток после введения им НС в хвостовую вену. Клетки были мечены вирусом, экспрессирующим зелёный флуоресцентный белок EGFP. В воротную вену животным сразу после ЧГ и через сутки после острого повреждения печени ЧХУ были введены сЗКП или аЗКП. Через 1, 2, 5, 7, 14 суток после введения клеток был проведен забор органов. Парафиновые срезы печени были окрашены иммуногистохимически с антителами к EGFP, десмину (маркер ЗКП крысы), α-ГМА (маркер МФ).

Результаты. Группа с ЧГ: введённые ЗКП встраивались в паренхиму печени, EGFP+ гепатоцитов было больше при введении сЗКП. Десмин+ клеток было больше при трансплантации аЗКП. α-ГМА+ МФ не выявлено ни в одной из групп.

Группа с ЧХУ: количество EGFP+ гепатоцитов было примерно одинаковым как при введении сЗКП, так и аЗКП, но в целом существенно меньше, чем в группе с ЧГ. Количество десмин+ клеток было значительно больше в группе ЧХУ+аЗКП, чем при ЧХУ+сЗКП, и больше, чем в группе с ЧГ. Единичные α-ГМА+ клетки были в паренхиме при введении аЗКП.

Вывод: сЗКП и аЗКП участвуют в процессе регенерации печени без риска развития фиброза печени, сЗКП более применимы в случае ЧГ, а аЗКП - при повреждении ЧХУ.

ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ НА НЕСТАБИЛЬНОСТЬ ГЕНОМА ПРИ ДЦП, БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ, ГРИППЕ И АНГИНЕ

Уткузов А.А.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.б.н., доц. Кошпаева Е.С.

Нестабильность генома - это распространенное в популяции человека явление, адаптационно - компенсаторного свойства, проявляющееся у больных, наряду со специфической симптоматикой, мутационными изменениями в клетках. Изучается взаимосвязь нестабильности генома с тяжестью заболевания, течением, лечением и прогнозом, индивидуальная выраженность нестабильности генома в популяции человека.

Цель работы: определение полиморфизма нестабильности генома при детском церебральном параличе, atopической бронхиальной астме, а также при гриппе и ангине. Исследовано по 35 детей в возрасте 7 - 16 лет с детским церебральным параличом, бронхиальной астмой, ангиной и гриппом, которые не болели другими инфекционными заболеваниями и не подвергались какой-либо медикаментозной терапии в течение 3 месяцев до исследования. Во всех исследованиях использовалась гепаринизированная кровь, взятая при плановых лабораторно-клинических анализах. Проводился анализ уровня микроядер в эритроцитах периферической крови. Мазки крови по 2 от каждого обследуемого фиксировали в абсолютном метаноле, окрашивали по Гимзе. Просматривали по 10000 эритроцитов в каждой мазке крови. Выявлено, что при бронхиальной астме норма реакции (по количеству эритроцитов с микроядрами) в пределах 1-26 на 10000 эритроцитов с равной вероятностью встречаемостью, при детском церебральном параличе и у здоровых доноров основной пик приходится на 3-8 на 10000 эритроцитов. При гриппе также отмечается зависимость количества повреждений (микроядер в эритроцитах) и тяжестью заболевания. При первичной и рецидивирующей ангине отмечается сдвиг нормы реакции по распределению количества эритроцитов с микроядрами, по сравнению с нормой распределения у здоровых доноров. Полиморфизм нестабильности генома при всех изученных заболеваниях выражается в расширении и смещении нормы реакции количества эритроцитов с микроядрами в периферической крови. Этот феномен требует дальнейшего изучения.

ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ ПАЦИЕНТОВ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПОСЛЕ ПРЯМОЙ ГЕННОЙ ТЕРАПИИ VEGF И bFGF

Мавликеев М.О., Газизов И.М., Плотников М.В.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.б.н., доц. Ризванов А.А., д.м.н., доц. Гумерова А.А.

Заболевания артерий нижних конечностей – одна из частых причин инвалидизации трудоспособного населения старше 40 лет в РФ. Заболеваемость атеросклерозом и эндартериитом артерий нижних конечностей с возрастом увеличивается и достигает после 70-ти лет 15-20%. Ранее мы показали терапевтический эффект клеточной терапии хронической ишемии нижних конечностей с применением стволовых клеток. Однако в части случаев наблюдается прогрессирование симптомов с развитием критической ишемии нижних конечностей (КИНК), возможности лечения которой весьма ограничены.

Целью нашего исследования стал иммуногистохимический анализ мышечной ткани пациентов с КИНК после прямой генной терапии сосудистым эндотелиальным фактором роста (vascularendothelialgrowthfactor - VEGF) и основным фактором роста фибробластов (basicfibroblasticgrowthfactor - bFGF).

10-ти пациентам РКБ МЗ РТ с КИНК была произведена внутримышечная инъекция двухкассетного экспрессионного плазмидного вектора pBud-VEGF165-FGF2, обеспечивающего одновременную экспрессию VEGF и bFGF, в количестве 500 мкг плазмидной ДНК. Парафиновые срезы биоптатов икроножных мышц, забранные до и через 3 месяца после инъекции, окрашивались иммуногистохимически с применением антител к CD34 (маркер эндотелиальных клеток) для выявления капилляров и к миогенину (маркеру активированных миосателлитоцитов) для оценки регенерации мышечных волокон. Окрашенные срезы подвергались морфологическому анализу, производился подсчет количества капилляров на одно мышечное волокно. Статистическая обработка производилась с помощью программного пакета MS Excel.

Произведенный морфологический анализ показал, что через три месяца после имплантации плазмидного вектора среднее количество капилляров на одно мышечное волокно достоверно выше (2.50 ± 0.53 против 1.69 ± 0.26 , $p < 0.05$). Окрашивание с антителами к миогенину выявило признаки регенерации мышечных волокон через 3 месяца после генной терапии: увеличение количества активированных миосателлитоцитов, их выстраивание в цепочки, появление центральноеядерных базофильных мышечных волокон малого диаметра.

Таким образом, терапия плазмидным вектором, обеспечивающим экспрессию VEGF и bFGF, приводит к увеличению плотности капиллярной сети и регенерации мышечных волокон.

ВЛИЯНИЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ C-KIT- ПОЗИТИВНЫХ КЛЕТОК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КРЫС НА КОРРЕКЦИЮ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ДИАБЕТЕ

Плюшкина А.С., Калигин М.С., Шафигуллина А.К.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., проф. Киясов А.П.

На сегодняшний день известно, что C-kit- позитивные клетки поджелудочной железы способны синтезировать инсулин и принимать участие в коррекции нарушенного углеводного обмена при экспериментальном диабете I типа. Однако до сих пор не изучена возможность влияния трансплантации C-kit- позитивных клеток на подобные нарушения углеводного обмена. Поэтому целью исследования стало изучение возможности влияния трансплантации C-kit- позитивных клеток поджелудочной железы на нарушения углеводного обмена и регенерацию островков поджелудочной железы на разных сроках экспериментального диабета.

Материалы и методы. Работа была проведена на 20 белых крысах-самцах, которым моделировали экспериментальный диабет. Затем крысы были разделены на 2 группы. У одной группы на 2 сутки экспериментального диабета проводили забор поджелудочной железы для выделения C-kit- позитивных клеток с последующим мечением их аденовирусом, экспрессирующим зелёный флуоресцентный белок. Крысам второй группы вводили выделенные C-kit+ клетки в хвостовую вену. Через 1, 2, 3, 4 сутки после трансплантации определяли уровень глюкозы в крови крыс и проводили забор органов. Материал фиксировали в 10% нейтральном формалине и заливали в парафин по стандартной методике. Гистологические срезы окрашивали иммуногистохимически с антителами против EGFP, C-kit.

Результаты исследования показали появление EGFP-позитивных клеток в интерстиции, вокруг сосудов и в островках поджелудочной железы. На серийных срезах мы наблюдали множественные C-kit-позитивные клетки, имеющие сходную форму и одинаковую локализацию. Уже через 1 сутки после трансплантации происходило снижение уровня глюкозы в крови. Без трансплантации C-kit+ клеток уровень глюкозы начинал снижаться только через 7 дней.

Выводы. Полученные результаты позволяют сделать вывод, что трансплантация C-kit-позитивных клеток способствует болеестрой коррекции нарушений углеводного обмена при экспериментальном диабете.

Исследование поддержано грантом МК 3632.2011.7

БИОДЕГРАДИРУЕМЫЙ ХИТОЗАНОВЫЙ ГИДРОГЕЛЬ ДЛЯ РЕГЕНЕРАЦИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО НЕРВА

Ампиллов Р.П., Курочкина А.А., Устинов А.А.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., проф. Чельшев Ю.А.

На модели формирования диастеза седалищного нерва крысы изучена эффективность применения биodeградируемого гидрогеля на основе хитозана. Эксперименты проведены на белых беспородных крысах-самцах массой 150–200 г. У животных под эфирным наркозом в левом седалищном нерве на уровне середины бедра формировали диастез протяженностью 10 мм. Пластику нерва проводили при помощи трубки из биосовместимого силикона, которую непосредственно перед тубуляцией нерва в первой опытной группе заполняли хитозаном в концентрации 0,75%, во второй – 1,25%, в третьей – 1,5%. Трубку фиксировали при помощи 4-х эпинеуральных швов мононитью 9.0 с атравматической иглой. У животных первой контрольной группы центральный и периферический концы нерва соединяли аутонервной вставкой, а второй – силиконовой трубкой, заполненной физраствором. Об эффективности регенерации судили по функциональному индексу седалищного нерва и тесту восстановления чувствительности кожи конечности (pinch-тест). Функциональные тесты проводили на 7,10,13,15,18, 21, 24, 27 и 30 сутки

после операции. Для оценки посттравматического восстановления на 30 сутки после операции производили забор материала. Для этого под уретановым наркозом (600 мг/кг) после ламинэктомии выделяли спинальные ганглии L5 на стороне операции, фиксировали в 10% нейтральном формалине, обезжировали и заключали в парафин по стандартной методике. Одновременно забирали 5 мм фрагмент периферического отрезка нерва дистальнее места травмы, фиксировали в 2,5% растворе глутаральдегида и 2% растворе четырехоксида осмия и заливали в эпон. Полутонкие срезы седалищного нерва, окрашенные толуидиновым синим, использовали для подсчета количества регенерирующих миелиновых волокон. Срезы нерва изготавливали на криостате CRYO-STAR HM 560 и проводили пероксидазную иммуногистохимическую реакцию с моноклональными антителами против белка S100B. Подсчет количества миелиновых волокон и S100B-иммунопозитивных клеток производили на оцифрованных изображениях, полученных на микроскопе Leica DM 1000. Достоверность различий между группами оценивали методом Стьюдента.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ FISH–ДИАГНОСТИКИ ПРИ ИЗУЧЕНИИ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ГЕНОМА ЧЕЛОВЕКА

Мавлютова Р.А., Хамадеева Г.Ф.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.б.н., доц. Кошпаева Е.С.

Нестабильность генома — явление повышенной частоты образования генетических нарушений, возникающих случайным образом, а не передающихся по наследству. Повышенный уровень мутантных клеток может быть следствием либо увеличения интенсивности мутагенеза, либо снижения эффективности ликвидации мутантных клеток путем апоптоза — запрограммированной клеточной гибели.

Нестабильность ряда генетических локусов запрограммирована; такая детерминация может определять и предпочтительное изменение генов в филогенезе.

В настоящее время среди методов выявления мутаций вследствие генетической нестабильности одним из наиболее точных является FISH-метод - fluorescenceinsituhybridization – метод гибридизации без перемещения в специальную среду.

Метод основан на конструкции ДНК-зондов. Это короткие последовательности ДНК, которые являются комплементарными по отношению к последовательностям ДНК, представляющим объект изучения. Зонды гибридизуются с комплементарными участками ДНК и благодаря тому, что они помечены флуоресцентной меткой, позволяют видеть локализацию интересующих генов в составе ДНК или хромосом.

FISH-метод активно используют: 1) при перимплантационной и пренатальной диагностике хромосомных аномалий развития плода; 2) в онкогематологии; 3) при диагностике солидных опухолей.

Подобно другим цитогенетическим методам, FISH-метод позволяет оценить генетический статус отдельной клетки и выявить, например, несколько этиопатогенетически значимых аномальных клеток среди тысяч других с нормальным генотипом. Такое не под силу ни одному методу, даже такому распространенному молекулярному методу как ПЦР, при котором ДНК всех клеток смешивается и результат усредняется.

FISH-метод можно использовать как в метафазных, так и на интерфазных ядрах, в то время как базовые цитогенетические методы в основном проводятся в стадии метафазы деления клетки – это обеспечивает результативность и точность метода, и его высокую разрешающую способность. Другие тесты выполняются на клетках только после их роста в лабораторных условиях в течение двух недель, и весь процесс может занимать до трех недель, а результаты FISH-теста известны уже через несколько дней. Но необходимо иметь ввиду, что при тестировании важным является правильная клиническая предпосылка, т.к. это количественный метод.

ДОСТАВКА ГЕНА ГЛИАЛЬНОГО НЕЙРОТРОФИЧЕСКОГО ФАКТОРА В ОБЛАСТЬ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ СПИННОГО МОЗГА КРЫСЫ

Гутиева Э.К.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., проф. Челышев Ю.А.

На модели дозированной контузионной травмы спинного мозга крысы на уровне T8 изучены эффекты немедленной однократной инъекции в область повреждения аденовирусного вектора с рекомбинантным геном глиального нейротрофического фактора (GDNF). Животным контрольной группы в тех же условиях и в том же количестве вводили аналогичный аденовирусный вектор с геном зеленого флуоресцентного белка (EGFP). Для анализа восстановления двигательной функции использовали поведенческий тест «BBB» (Basso, Beattie, Bresnahanetal). Среднее значение показателя «BBB» в интервале между 15 и 30 сутками после операции составило для опытной группы 13,5 баллов, для контрольной группы – 8 баллов, что соответствует увеличению показателя восстановления функции на 60%. В спинном мозге животных контрольной группы свечение (EGFP) выявлено на расстоянии до 10 мм в ростральном и каудальном направлении от соответствующих точек инъекции. Это свечение наиболее интенсивно на ранних сроках после травмы (2–6 сутки) и постепенно затухает к 21 суткам. На ранних сроках свечение выявлено в задних канатиках, к более поздним срокам оно появляется и в сером веществе.

ВЛИЯНИЕ ТРАНСФЕКЦИИ НА МИГРАЦИЮ ТРАНСПЛАНТИРОВАННЫХ C-KIT- ПОЗИТИВНЫХ КЛЕТОК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КРЫС ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ДИАБЕТЕ

Калигин М.С., Плюшкина А.С., Ризванов А.А.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., проф. Киясов А.П.

Известно, что C-kit+ клетки поджелудочной железы (ПЖ) способны восстанавливать популяцию инсулин-продуцирующих клеток при экспериментальном диабете I типа, что ведёт к восстановлению нарушенного углеводного обмена. При этом неизвестно, как влияет на эту способность C-kit+ проведение дополнительных манипуляций, например трансфекции, которая может быть необходима для адресной доставки клеток или коррекции генетического дефекта.

Поэтому целью исследования стало изучение влияния трансфекции на миграцию трансплантированных C-kit+ клеток ПЖ при экспериментальном диабете.

Материалы и методы. Работа была проведена на 20 белых крысах-самцах, которым моделировали экспериментальный диабет путем внутрибрюшинного введения аллоксангидрата в дозе 180 мг/кг. Определяли уровень глюкозы в крови глюкозооксидазным методом. Затем крысы были разделены на 2 группы. У одной группы крыс через 2 суток экспериментального диабета проводили забор ПЖ для выделения C-kit+ клеток с последующим мечением их аденовирусом, экспрессирующим зелёный флуоресцентный белок. Эти клетки вводили крысам второй группы в хвостовую вену. Через 1, 2, 3, 4 сутки после трансплантации определяли уровень глюкозы в крови крыс и проводили забор органов. Материал фиксировали в 10% нейтральном формалине и заливали в парафин по стандартной методике. Гистологические срезы окрашивали иммуногистохимически с коммерческими моноклональными антителами против EGFP, C-kit.

Результаты исследования показали появление EGFP- и C-kit+ клеток в интерстиции, вокруг сосудов и в островках ПЖ уже через сутки после трансплантации. На последующих сроках такие клетки сохранялись. На серийных срезах эти клетки имели сходную форму и одинаковую локализацию, из чего мы предположили, что это трансплантированные C-kit+ клетки.

Вывод. Трансфекция не влияет на миграцию трансплантированных C-kit+ клеток ПЖ из периферической крови в ткани ПЖ. Это позволяет использовать трансфекцию C-kit+ клеток ПЖ для разработки новых методов лечения сахарного диабета I типа.

Исследование поддержано грантом МК 3632.2011.7

УЧАСТИЕ АКТИВИРОВАННЫХ IN VIVO ЗВЁЗДЧАТЫХ КЛЕТОК ПЕЧЕНИ В РЕГЕНЕРАЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ ИХ ТРАНСПЛАНТАЦИИ КРЫСАМ, ПЕРЕНЁШИМ ЧАСТИЧНУЮ ГЕПАТЭКТОМИЮ

**Мухамедов А.Р., Сайфуллина К.Н., Титова А.А.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., доц. Гумерова А.А.**

В настоящее время предполагается, что звёздчатые клетки печени (ЗКП) могут играть роль региональных прогениторных клеток печени. Эксперименты по трансплантации свежeweделенных клеток подтвердили их участие в восстановлении популяции гепатоцитов печени реципиента после проведения частичной гепатэктомии. Нитрат свинца индуцирует активацию ЗКП при их введении в организм животного, что способствует восстановлению популяции гепатоцитов. Цель нашего исследования - изучение влияния трансплантации активированных in vivo ЗКП крысам, перенесшим частичную гепатэктомию.

Материалы и методы. ЗКП активировали путем введения нитрата свинца в хвостовую вену крыс, через сутки ЗКП были выделены из печени крыс методом коллагеназно-пропазной перфузии с разделением на градиенте плотности гистоденза. ЗКП были трансфецированы геном зеленого флуоресцирующего белка (EGFP). После этого клетки трансплантировали в воротную вену крыс-реципиентов. Животных выводили из эксперимента через 2, 7, 11 и 14 суток. Парафиновые срезы печени окрашивали иммуногистохимически с использованием коммерческих моноклональных антител к десмину – маркеру ЗКП крысы, α-гладкомышечному актину (α-ГМА) – маркеру миофибробластов, PCNA – маркеру пролиферирующих клеток и EGFP.

Результаты. EGFP-позитивные клетки с морфологией гепатоцитов обнаруживали в образцах преимущественно через 5 и 7 суток после введения, что может свидетельствовать о максимальной дифференцировке введенных клеток в гепатоциты именно на этом сроке. Количество EGFP+гепатоцитов было значительно ниже по сравнению с введением свежeweделенных ЗКП.

PCNA-позитивные клетки обнаруживали на всех сроках, но наибольшее их количество наблюдалось через 5 суток. В пролиферации участвовали как гепатоциты, так и холангиоциты и синусоидные клетки печени. В ходе эксперимента возрастало количество десмин+ ЗКП, которое достигало максимума также через 5 и 7 суток после введения.

Единичные клетки, экспрессирующие α-ГМА, обнаруживались в паренхиме печени на сроке 5 и 7 суток, что может свидетельствовать о трансформации трансплантированных ЗКП в миофибробласты.

Вывод. Трансплантация активированных in vivo ЗКП крысам с ЧГ является менее эффективной для восстановления гепатоцитов по сравнению с введением свежeweделенных ЗКП и не сопровождается риском развития фиброза печени.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ МОНОНУКЛЕАРОВ ПУПОВИННОЙ КРОВИ ЧЕЛОВЕКА НА РЕГЕНЕРАЦИЮ ПОЧКИ КРЫСЫ НА МОДЕЛИ УНИЛАТЕРАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ МОЧЕТОЧНИКА

**Мавликеева А.В., Файрушина И.Ф., Трондин А.А.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., доц. Гумерова А.А., к.м.н., асс. Иылмаз Т.С.**

Актуальным вопросом современной нефрологии является поиск новых эффективных и патогенетически обоснованных методов лечения интерстициального фиброза почки, развивающегося вследствие повреждения канальцевого аппарата. Одним из таких методов может стать клеточная терапия с использованием стволовых клеток. Было показано, что трансплантированные стволовые клетки костного мозга участвуют в восстановлении клеток клубочков. В то же время потенциал гемопоэтических стволовых клеток в регенерации канальцевого аппарата почки не изучен. Поэтому целью нашего исследования явилось изучение участия мононуклеаров пуповинной крови человека в регенерации канальцевого аппарата почки крысы на модели унилатеральной обструкции.

Материалы и методы: 18 лабораторным крысам проводили унилатеральную обструкцию мочеточника слева. Опытной группе (n=9) сразу после операции вводили по 3*10⁶ мононуклеаров пуповинной крови человека в хвостовую вену, контрольной группе (n=9) – эквивалентный объём 0,9% NaCl. Забор органов производили через 3, 6, 14 суток после операции. Материал фиксировали в формалине и заливали в парафин по стандартной методике. Парафиновые срезы почки окрашивали иммуногистохимически с коммерческими моноклональными антителами к ядерному антигену пролиферирующих клеток (PCNA) и альфа-гладкомышечному актину (α-ГМА).

Результаты: Сравнительный анализ оперированных почек опытной и контрольной групп крыс показал, что на всех экспериментальных сроках в опытной группе количество пролиферирующих клеток в канальцах и интерстиции было значительно выше, чем в почках животных контрольной группы. В то же время, на всех исследованных сроках количество α-ГМА+ клеток в опытной группе значительно ниже по сравнению с контрольной группой. В интактных почках достоверно значимых различий в экспрессии PCNA и α-ГМА не выявлено.

Вывод: Введение мононуклеаров пуповинной крови человека при унилатеральной обструкции мочеточника стимулирует пролиферативную активность клеток канальцев и интерстиция, уменьшая в то же время активность миофибробластов в ткани почки.

ЭКСПРЕССИЯ ФАКТОРА СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК C-KIT В ПОЧКЕ КРЫС В НОРМЕ И НА МОДЕЛИ УНИЛАТЕРАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ МОЧЕТОЧНИКА

Файрушина И.Ф., Мавликеева А.В., Йылмаз Т.С.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., доц. Гумерова А.А.

C-kit (CD-117) – рецептор фактора стволовых клеток, при связывании с которым в клетке запускаются процессы дифференцировки и роста. Данный маркер широко используется в качестве маркера стволовых и прогениторных клеток, однако до сих пор нет однозначного мнения о характере его экспрессии в нормальной почке. Еще более противоречивы данные об экспрессии C-kit в регенерирующей почке. Унилатеральная обструкция мочеточника (УОМ) – наиболее простая и хорошо изученная модель интерстициального фиброза – основного механизма снижения функции почек при патологии канальцевого аппарата.

Цель нашего исследования – изучение экспрессии C-kit в почке крыс в норме и после УОМ слева.

Материалы и методы: 9 лабораторным крысам опытной группы проводили операцию УОМ слева, 3 крысам контрольной группы – лапаротомию с последующим ушиванием. Животных выводили из эксперимента через 3, 6, 14 суток после операции. Материал фиксировали в формалине и заливали в парафин по стандартной методике. Парафиновые срезы почки окрашивали иммуногистохимически коммерческими моноклональными антителами к рецептору фактора стволовых клеток.

Результаты: В почке здоровой крысы C-kit-позитивные клетки находятся большей частью в дистальных канальцах мозгового слоя, в незначительной степени окрашиваются также проксимальные канальцы мозгового слоя. В клетках клубочков и канальцев коркового вещества, а также собирательных трубочек экспрессия C-kit не выявлена.

Через 3 суток после УОМ наружная капсула клубочков окрашивается в правой и, в большей степени, левой почках, через 6 суток – только в правой почке, через 14 суток клетки клубочков в обеих почках не окрашивались. На всех экспериментальных сроках сохранялось позитивное окрашивание дистальных канальцев мозгового слоя (примерно 2/3 от общего числа канальцев), в большей степени в правой почке.

Выводы: Экспрессия C-kit в интактной почке характерна для дистальных канальцев и в меньшей степени для проксимальных канальцев мозгового слоя. В ходе регенерации почек после левосторонней обструкции мочеточника происходит активация C-kit-позитивных клеток в капсуле клубочков обеих почек.

ГЕНЕТИЧЕСКИ МОДИФИЦИРОВАННЫЕ КЛЕТКИ ПУПОВИННОЙ КРОВИ ДЛЯ СТИМУЛИРОВАНИЯ НЕЙРОРЕГЕНЕРАЦИИ

Измайлов А.А., Сафиуллов З.З., Федотова В.Ю.
Казанский государственный медицинский университет
Руководители – д.м.н., проф. Исламов Р.Р., д.б.н., проф. Ризванов А.А.

Боковой амиотрофический склероз (БАС) - нейродегенеративное заболевание, проявляющееся в прогрессирующей гибели двигательных нейронов головного и спинного мозга.

Целью нашего исследования явился анализ эффективности генно-клеточной терапии у трансгенных мышей G93A с фенотипом бокового амиотрофического склероза, основанной на генетически модифицированных мононуклеарных клеток пуповинной крови человека (МКПК), трансдуцированных двумя рекомбинантными аденовирусами, экспрессирующие гены сосудистого эндотелиального фактора роста человека (Ad-VEGF121) и нейрональной молекулы клеточной адгезии (Ad-NCAM1).

На основе МКПК и рекомбинантных аденовирусов, экспрессирующих гены зелёного флуоресцентного белка (Ad-GFP), сосудистого эндотелиального фактора роста человека (Ad-VEGF121) и нейрональной молекулы клеточной адгезии (Ad-NCAM1), получали генетически-модифицированные клетки МКПК. 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 аденовирусным вектором Ad-NCAM1+Ad-VEGF121. Второй группе (n=12) - Ad-GFP, третьей группе (n=10) - Ad-VEGF121. Четвёртой (n=11), контрольной группе - физиологический раствор. Трансплантация была проведена на 27-ой неделе жизни, путём инъекции в ретроорбитальное пространство 2x10⁶ 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 78% в группе Ad-NCAM1+Ad-VEGF121, до 13% - Ad-GFP, до 15% - Ad-VEGF121, до 10% в контрольной группе, сила хватки уменьшилась до 45%, 3%, 7% и 5% соответственно. На 14 недели в группе Ad-NCAM1+Ad-VEGF121 в живых осталось 29% мышей, в Ad-GFP – 18%, в Ad-VEGF121 - 21%, и в контрольной группе - 0%.

Полученные данные позволяют утверждать, что генно-клеточная терапия, основанная на генетически модифицированных МКПК человека, трансдуцированных двумя рекомбинантными аденовирусами Ad-NCAM1 и Ad-VEGF121, лучше терапии, основанной на генетически модифицированных МКПК человека, трансдуцированных одним рекомбинантным аденовирусом.

ГЕННО-КЛЕТОЧНАЯ ТЕРАПИЯ БОКОВОГО АМИОТРОФИЧЕСКОГО СКЛЕРОЗА

Сафиуллов З.З., Измайлов А.А., Черенкова Е.Е.
Казанский государственный медицинский университет
Руководители – д.м.н., проф. Исламов Р.Р., д.б.н., проф. Ризванов А.А.

Поддержание жизни нейронов с помощью нейротрофических факторов может повысить продолжительность жизни больных нейродегенеративными заболеваниями, таких как боковой амиотрофический склероз (БАС).

Целью исследования был анализ эффективности генно-клеточной терапии у трансгенных мышей G93A с фенотипом БАС, основанной на генетически модифицированных мононуклеарных клеток пуповинной крови человека (МКПК), трансдуцированных двумя рекомбинантными аденовирусами, экспрессирующие гены нейрональной молекулы клеточной адгезии (Ad-NCAM1) и глиального нейротрофического фактора (Ad-GDNF).

Нами были получены генетически-модифицированные клетки МКПК на основе рекомбинантных аденовирусов, экспрессирующих гены зелёного флуоресцентного белка (Ad-GFP), нейрональной молекулы клеточной адгезии (Ad-NCAM1), глиального

нейротрофического фактора (Ad-GDNF), и МКПК. Для модели заболевания выбраны трансгенные мыши G93A, разделённые на 4 группы. Первой группе (n=8) были трансплантированы генетически модифицированные МКПК, трансдуцированные аденовирусным вектором Ad-NCAM1+Ad-GDNF, второй группе (n=6) - Ad-GDNF, третьей группе (n=12) - Ad-GFP. Четвёртой (n=11), контрольной группе - физиологический раствор. Трансплантация была проведена на 27-ой неделе жизни, путём инъекции в ретро-орбитальное пространство 2x10⁶ генетически модифицированных МКПК в объёме 100 мкл. Анализ эффективности терапии проводился на основе поведенческих тестов "открытое поле" и «сила хватки».

На 13 недели после трансплантации горизонтальная активность снизилась до 53,5% в группе Ad-NCAM1+Ad-GDNF, до 49% - Ad-GDNF, до 10,6% - Ad-GFP, до 8,1% в контрольной группе. На 12 неделе исследовательская активность уменьшилась до 76% в группе Ad-NCAM1+Ad-GDNF, до 48% - в группе Ad-GDNF, до 0% - Ad-GFP, до 0% в контрольной группе, сила хватки регрессировала до 18,1%, 9,1%, 5,8% и 1,5% соответственно. На 14 недели в группе Ad-NCAM1+Ad-GDNF в живых осталось 49% мышей, в группе Ad-GDNF – 32% в Ad-GFP – 9% и в контрольной группе - 0%.

Таким образом, генно-клеточная терапия, основанная на генетически модифицированных МКПК человека, трансдуцированных двумя рекомбинантными аденовирусами (Ad-NCAM1+Ad-GDNF), лучше терапии, основанной на генетически модифицированных МКПК человека, трансдуцированных одним рекомбинантным аденовирусом (Ad-GDNF).

ВЛИЯНИЕ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРОТЕАЗ НА ИНФИЦИРОВАНИЕ КЛЕТОК ЧЕЛОВЕКА IN VITRO С ПОМОЩЬЮ КЛЕТОЧНОЙ МОДЕЛИ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

**Мартынова Е.В., Ризванов А.А., Анохин В.А.
Казанский государственный медицинский университет
Казанский (Приволжский) федеральный университет**

В педиатрической практике аденовирусная инфекция является одной из наиболее часто встречающейся вирусной респираторной инфекцией, на долю которой приходится до 34% от всех респираторных заболеваний. В этиологии острых вирусных диарей аденовирусы занимают, по разным источникам, от шестого до четвертого места. Особенностью этой инфекции является склонность к рецидивированию, хроническому течению и персистенции в лимфоидной ткани. Поэтому аденовирусной инфекции принадлежит важная роль в формировании хронической ЛОР-патологии у детей (хронические рецидивизирующие тонзиллиты, назофарингиты, ангины) и образовании контингента часто болеющих детей, что в настоящее время является актуальной проблемой педиатрии.

Целью нашей работы стало создание клеточной модели аденовирусной инфекции на основе рекомбинантного аденовируса, экспрессирующего ген *gfp*.

Материалы и методы: Все работы проводились в ламинарном боксе 2 класса биологической безопасности. Для определения противовирусной активности различных биологически активных соединений, предложена модель аденовирусной инфекции на основе культуры клеток человека HEK293A и рекомбинантного аденовируса Ad-EGFP, экспрессирующего зелёный флуоресцентный белок EGFP. Аденовирусы имеют белковый капсид размером 70–90 нм и способны инфицировать делящиеся и неделящиеся клетки *in vitro* и *in vivo*. Рекомбинантные аденовирусы являются репликационно-дефектными в клетках человека и животных. Разработанная модель позволила нам определить действие бактериальных протеаз на инфицирование культуры клеток аденовирусом. Результаты были подтверждены при помощи флуоресцентной микроскопии и проточной цитометрии.

Выводы: Данная модель также может быть использована для скрининга препаратов с потенциальной противовирусной активностью.

ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНС-СПЛАЙСИНГА В ГЕННОЙ ТЕРАПИИ ДИСФЕРЛИНОПАТИЙ ЧЕЛОВЕКА

**Старостина И.Г., Соловьева В.В., Поликарпова А.В.
Казанский (Приволжский) федеральный университет
Руководитель - д.б.н., доц. Ризванов А.А.**

Дисферлинопатии человека относят к нейромышечным заболеваниям, связанным с нарушением экспрессии и/или функции белка дисферлина в скелетной мышце, что обусловлено мутациями в его гене *dysf*. Большой размер полной кДНК гена *dysf* (6243 п.н.) ограничивает возможность выбора вектора при создании генетической конструкции для терапии дисферлинопатий. В настоящее время существуют альтернативные методы генной коррекции заболевания, а именно технология SMaRT — сплайсосома-зависимый транс-сплайсинг РНК (англ. spliceosome-mediated RNA trans-splicing). При этом используют претранс-сплайсируемые молекулы РНК (ПТМ), содержащие высокоэффективные сайты сплайсинга и участок гена, нуждающийся в замене. SMaRT создаёт гибридную мРНК путём реакции транс-сплайсинга между эндогенной мишенью пре-мРНК и молекулой ПТМ. Данный подход РНК-транс-сплайсинга затрагивает РНК на уровне пре-мРНК. Введение лишь части гена, замена отдельного экзона на этапе сплайсинга освобождает от необходимости доставки в клетку полной кДНК и решает проблему неконтролируемой экспрессии гена.

Целью нашей работы является разработка и искусственный синтез ПТМ для коррекции мутации в 26 экзоне пре-мРНК гена *dysf* у пациента с дисферлинопатией. Молекула ПТМ должна содержать участок связывания, участок сплайсинга и кодирующий участок.

Разработанная молекула ПТМ для коррекции мутации в 26 экзоне пре-мРНК была упакована в плазмидный вектор pUC57, содержащий сайты для рекомбинационного клонирования по технологии Gateway (Invitrogen). Синтез разработанной молекулы ПТМ проводила фирма GenScript (США).

ПТМ для коррекции мутации в 26 экзоне пре-мРНК гена *dysf* состоит из домена связывания с 25 интроном, участка спейсера, консервативного участка связывания сплайсосомы, полипиримидинового тракта, 3'-сайта сплайсинга CAG, 26 экзона дикого типа, 5'-сайта сплайсинга, консервативной последовательности DISE, домена связывания с 26 интроном.

Таким образом, нами разработана и искусственно синтезирована ПТМ для коррекции мутации в 26 экзоне пре-мРНК гена *dysf* у пациента с дисферлинопатией, которая в дальнейшем может использоваться для создания генетических конструкций для терапии дисферлинопатий человека.

МИГРАЦИЯ, ХОУМИНГ И ПУТИ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ АКТИВИРОВАННЫХ IN VIVO ЗВЕЗДЧАТЫХ КЛЕТОК ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ КРЫСАМ ПОСЛЕ ЧАСТИЧНОЙ ГЕПАТЭКТОМИИ И С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПЕЧЕНИ ЧЕТЫРЕХХЛОРИСТЫМ УГЛЕРОДОМ

**Сайфуллина К.Н., Мухамедов А.Р., Эфрос М.Д.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., доц. Гумерова А.А.**

В ходе репаративной регенерации печени звездчатые клетки печени (ЗКП) активируются и начинают интенсивно секретировать морфогенные цитокины и компоненты межклеточного матрикса, формируя, таким образом, микроокружение для восстановления гепатоцитов. Целью нашего исследования стало изучение миграции, хоуминга и путей дифференцировки активированных *in vivo* ЗКП после трансплантации их крысам, перенесшим частичную гепатэктомию (ЧГ) или повреждение печени четыреххлористым углеродом (ЧХУ).

Материалы и методы. Активацию ЗКП проводили путем введения нитрата свинца в хвостовую вену крыс, через сутки ЗКП были выделены из печени крыс методом коллагеназно-пропазовой перфузии с разделением на градиенте плотности гистоденза. ЧХУ вводили крысам внутривентриально. ЗКП были мечены вирусом, экспрессирующим зеленый флуоресцирующий белок (EGFP), после чего клетки трансплантировали в воротную вену крыс-реципиентов. Животных выводили из эксперимента через 2, 5, 7 и 14 суток. Парафиновые срезы печени окрашивали иммуногистохимически с использованием моноклональных антител к EGFP.

Результаты и выводы. При повреждении печени крыс ЧХУ максимальное количество EGFP-положительных клеток наблюдалось через 5 сут, клетки располагались преимущественно перипортально. У крыс, перенесших ЧГ, пик встраивания EGFP-положительных клеток обнаружился на 7 сутки, и клеток было меньше. В обоих случаях EGFP-позитивные клетки имели форму и размеры гепатоцитов. Таким образом, введение активированных *in vivo* ЗКП эффективнее для восстановления гепатоцитов после повреждения ЧХУ, чем после частичной гепатэктомии.

МУЛЬТИЦИСТРОННЫЕ КОНСТРУКЦИИ НА ОСНОВЕ АДЕНОВИРУСНЫХ ВЕКТОРОВ ДЛЯ ГЕННОЙ И ГЕННО-КЛЕТОЧНОЙ ТЕРАПИИ

**Черенкова Е.Е., Ризванов А.А.
Казанский (Приволжский) федеральный университет**

Одна из ключевых задач генной терапии—создание экспрессионных генетических конструкций, обеспечивающих перенос рекомбинантных генов в целевые клетки *ex vivo* (*in vitro*) или *in vivo*. Рекомбинантные гены могут кодировать различные белки: ферменты, факторы роста, повышающие жизнеспособность клеток и способность к дифференцировке в определенном направлении. В качестве векторов доставки используют различные вирусные и невирусные генетические конструкции. Вектора на основе аденовирусов эффективно переносят гены в делящиеся и в покоящиеся клетки, не встраиваются в геном, обеспечивают высокие титры рекомбинантного вируса при продукции и высокий уровень экспрессии трансгенов в системах *in vivo* и *in vitro*.

Для генотерапевтических работ весьма привлекательно применение мультицистронных конструкций, одновременно кодирующие ряд нейропротекторных и проангиогенных факторов.

Цель работы –создание аденовирусных конструкций, кодирующих белки сосудистого эндотелиального фактора роста и основного фактора роста фибробластов, соединенных в одной открытой рамке считывания через 2A – пептидную аминокислотную последовательность. Метод основан на использовании нуклеотидных последовательностей самопроцессирующихся пептидов (*cis-acting hydrolase element* - CHYSEL), найденных в 2A-участках пикорнавирусов. Данная стратегия особенно привлекательна, так как малый размер 2A-пептидных последовательностей позволяет значительно сэкономить генетическую информацию, одновременно обеспечивая эквимольный выход обоих белков.

Посредством асимметричной ПЦР – амплификации с последующим субклонированием в вектор pDONR₂₂₁ (Invitrogen) по технологии Gateway клонирования были получены плазмиды, одновременно кодирующие гены сосудистого эндотелиального фактора роста (изоформы 121, 165) и основного фактора роста фибробластов. В качестве вектора назначения использовали аденовирусную конструкцию rAd/CMV/V5-Dest (Invitrogen). Рекомбинантные вирусы получали трансфекцией аденовирусных конструкций rAd в клетки HEK293A. Экспрессию рекомбинантных белков подтвердили флуоресцентными и иммунологическими методами. Таким образом, получены рекомбинантные аденовирусы, одновременно экспрессирующие ряд про-ангиогенных и нейропротекторных факторов. В дальнейшем полученные генетические конструкции будут использованы в экспериментах *in vivo* и *in vitro* для разработки методов генной и генно-клеточной терапии различных заболеваний человека.

МОРФОМЕТРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СПИННОГО МОЗГА МЫШЕЙ ЛИНИИ C57BLACK/6 ПОСЛЕ АНТИОРТОСТАТИЧЕСКОГО ВЫВЕШИВАНИЯ ЗАДНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

**Резвяков П.Н., Федянин А.О., Балтин М.Э., Тяпкина О.В.
Казанский государственный медицинский университет
Казанский (Приволжский) федеральный университет
Казанский институт биохимии и биофизики КазНЦ РАН**

Ранее было отмечено, что у крыс после 35 суток антиортоstaticкого вывешивания задних конечностей поясничное утолщение спинного мозга становится менее выраженным (Islamov et al., 2011). Анализ причин редукции поясничного утолщения спинного мозга крысы выявил уменьшение площади, занимаемой белым веществом, начиная с 7-х и вплоть до 35-х суток (Тяпкина и др. 2012). Полногеномное исследование поясничного утолщения спинного мозга у мышей линии c57black/6 обнаружилось после «вывешивания» падение уровня мРНК генов, кодирующих белки миелина. Эти белки участвуют в миелинизации аксонов, а нарушение миелинизации мотонейронов может являться одной из причин патогенеза гипогравитационного синдрома. Данные о влиянии гравитационной разгрузки на морфологию спинного мозга мышей отсутствуют. Мы проводили морфометрию площади поперечного сечения срезов поясничного отдела спинного мозга и дифференциальный анализ площадей белого и серого вещества самцов мышей линии c57black/6. В контрольной группе средние значения общей площади срезов составили 2.78 ± 0.02 мм², площадь занимаемая серым веществом – 1.52 ± 0.02 мм², белым – 1.26 ± 0.02 мм² (n=6). После 30 суток ан-

тиортостатического вывешивания средние значения общей площади составили $2.31 \pm 0.06 \text{ мм}^2$, площадь занимаемая серым веществом – $1.21 \pm 0.05 \text{ мм}^2$, белым – $1.10 \pm 0.04 \text{ мм}^2$ ($n=6$). Установлено, что у мышей моделирование эффектов гипогравитации приводит к редукции объема поясничного утолщения спинного мозга (на 17%, $p \leq 0.05$), аналогично крысы (на 14.5%, $p \leq 0.05$). У мышей уменьшение общей площади поперечного сечения серийных срезов связано как белым, так и серым веществом спинного мозга, а у крыс только серым. Это согласуется с результатами полногеномного исследования мРНК генов кодирующих белки миелина, ведущие к редукции площади белого вещества и белков внеклеточного матрикса, что можно связать с уменьшением площади серого вещества.

Исследование поддержано грантами: Президента РФ НШ-2669.2012.7 (НФФ), РФФИ №11-04-00602 (НФФ), Программа №7 Президиума РАН (НФФ), РФФИ №12-04-01414 (НФФ).

НЕВРОЛОГИЯ

СУБАРАХНОИДАЛЬНЫЕ КИСТЫ ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ: КЛИНИКО-НЕЙРОВИЗУАЛЬНОЕ СОПОСТАВЛЕНИЕ

Аюпова Г.С.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., доц. Хузина Г.Р.

Введение. Кистозные аномалии задней черепной ямки (ЗЧЯ) являются достаточно противоречивым предметом исследования как в отношении клинической классификации, так и в отношении диагностических критериев. Все известные виды кистозных мальформаций ЗЧЯ имеют сходную картину большого ликворного пространства казади от мозжечка и в литературе отсутствуют клинические характеристики отдельных видов кистозных аномалий ЗЧЯ. В этой связи актуальными остаются вопросы клинической дифференциации кист ЗЧЯ и оценка прогноза, что определяет тактику ведения данной категории больных.

Целью исследования было выявление достоверных клинических характеристик у больных с ретроцереbellлярной субарахноидальной кистой Blake (РЦК Blake) с дебютом заболевания в позднем возрасте (после 20 лет).

Методы и материалы. Было обследовано 24 больных позднего возраста (после 20 лет) с РЦК Blake. Проводимое комплексное обследование включало формализованное исследование жалоб, анамнестических данных, неврологического статуса, биохимического спектра крови, системы гемостаза, электроэнцефалографию (ЭЭГ). Верификация диагноза осуществлялась с помощью магнитнорезонансной томографии (МРТ) головного мозга (1,5 Тесла).

Результаты исследования. Обследованная группа больных включала 24 пациента в возрасте от 22 до 60 лет (в среднем $37,1 \pm 2,7$). Средний возраст начала неврологического заболевания составил $33,0 \pm 2,7$. 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 мигрени-подобные краниалгии, в 50% случаев мы наблюдали генерализованные эпилептические тонико-клонические припадки. В 37% наблюдений цефалгический синдром предшествовал развитию эпилептического приступа. 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 (статиколокомоторную недостаточность, дисметрию конечностей, редко – интенционный тремор, адиадохокинез и асинергию) и сохранность координаторной сферы у 75% больных.

Заключение. Выявленная клинико-нейровизуализационная корреляция между РЦК Blake и пароксизмальными синдромами позволяет выделить 2 клинических варианта течения заболевания с единым патологическим механизмом: (1) РЦК Blake с цефалгией мигрениподобного типа и (2) РЦК Blake с генерализованной эпилепсией. Анализ течения заболевания позволил выделить группу риска по развитию генерализованной эпилепсии: пациенты с РЦК Blake с цефалгией мигрениподобного являются группой риска по развитию эпилепсии и нуждаются в системе профилактических мероприятий.

КЛИНИЧЕСКИЕ И СУБКЛИНИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С МАЛЬФОРМАЦИЕЙ КИАРИ 1: НЕЙРОВИЗУАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

Дунин Д.Н.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - д.м.н., проф. Менделевич Е.Г.

Цель: изучение спектра координаторных и сочетанных с ними расстройств у больных с мальформацией Киари, а также оценка нейровизуальных параметров у пациентов с различной комбинацией клинических проявлений.

Методы исследования: клинико-неврологический с углубленным изучением вестибулярно-мозжечковых функций, нейровизуализационный (томография головного мозга) с морфометрическим анализом, статистическая обработка результатов.

Полученные результаты: было обследовано 120 пациентов и на основании анамнеза выделены 2 группы - 1-я включала 88 больных (73,3%) с жалобами в вестибуло-мозжечковой сфере, 2-я – 32 пациента (26,6%) без подобных жалоб. Сравнительный анализ морфометрических параметров задней черепной ямки и краниовертебральной области у больных обеих групп выявил достоверно меньшие их значения по сравнению со среднестатистическими в здоровой популяции. Распределение внутри каждой из групп больных показало, что в группе с отсутствием субъективных координаторных нарушений преобладали (56,2%) больные с малой степенью опущения, а в симптомной группе – со средней степенью (51,1%) ($p < 0,05$). В первой группе число больных с укороченным блуменбаховым скатом (34%) было выше, чем во второй (25%). В симптомной группе была достоверно выше частота платибазии (27,2% и 6,2%) и базиллярной импрессии (34% и 18,1%) ($p < 0,05$). Деформация цервикомедуллярного перехода также чаще наблюдалась у больных симптомной группы (34%, $p < 0,05$). В этой же группе по сравнению с другой отмечались: патологическое опущение червя мозжечка (18,1%), ствола (18,1%) и моста (7,9%). У больных выявлены различные

конфигурации нижнего края миндалин мозжечка: самой распространенной была языковидная форма (52,5%), однако у больных 2 группы преобладали миндалины с округлым краем (50%), а у пациентов 1 группы – с языковидным (57,9%) ($p < 0,05$).

Заключение: полученные результаты подтверждают высокую частоту координаторных нарушений при МК 1, как у пациентов с соответствующими жалобами, так и у бессимптомных по этим параметрам. Эти данные позволяют утверждать о достоверно большей распространенности и выраженности патологии задней черепной ямки среди больных симптомной группы.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КИСТОЗНОЙ АНОМАЛИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА И ЗЧЯ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ АУТИЗМА И ЭПИЛЕПСИИ

Аюпова Г.С.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Хузина Г.Р.**

Введение. Распространенность расстройств аутистического спектра составляет более 6 на 1000 человек. Около 1/5-1/3 всех людей, страдающих аутизмом отличаются также развитием эпилепсии (Rutter, 1970; Gillbergetal,1987; Olssonetal, 1988; Volkmaretal,1990; Goodeetal, 1994; Adams, 2012). От 10 до 18% детей с аутизмом страдают инфантильными спазмами (синдром Веста) и синдромом Леннокса-Гасто.

Клинический случай. Под нашим наблюдением находился ребенок мужского пола 9 лет. Начало заболевания в возрасте 3мес 20дней, когда на фоне ОРВИ приступы тонико-клонических судорог продолжительностью 1-3 мин. с вовлечением левых конечностей, левой половины лица с адверсией головы и глаз влево, цианозом лица и постприступным сном. Приступы сначала носили единичный характер, в последующем участились (7-12 в сутки) и наблюдались как в ночное, так и в дневное время. В течение 1 месяца частота приступов возросла до 120 эпизодов в день. На фоне противосудорожной терапии (вальпроат, топирамат) наблюдалось урежение и видоизменение приступов с преобладанием тонического компонента. Ведущим клиническим синдромом является грубое тотальное недоразвитие высших корковых функций (тяжелая умственная отсталость) в сочетании с нарушением социального межличностного восприятия и функции общения, которые в комплексе позволяют трактовать состояние как аутистиподобный синдром. Тип приступов указывает на лобнодолевую симптоматическую эпилепсию (комплексные сложные парциальные припадки с вторичной генерализацией по типу эпилептических спазмов), фармакорезистентного характера (безуспешное назначение различных схем политерапии). По данным МРТ исследований была верифицирована киста Pineальной области (правой половины обводной цистерны) размерами 24x12мм, которая в динамике существенно сократилась к возрасту 7,5 лет в сочетании с диффузным расширением субарахноидальных пространств, атрофической редукцией кортикальной пластины и расширением ретроцеребеллярного субарахноидального пространства (киста Blake).

Заключение. Представленный клинический случай нейровизуального феномена ретроцеребеллярной 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.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ У ЛИЦ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ

Зарипова А.Ф.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Хузина Г.Р.**

Введение. Головная боль напряжения сопровождается большинством органических заболеваний нервной системы и входит в число ведущих причин временной нетрудоспособности. В большинстве случаев цефалгии имеют первичный характер. В случаях, когда выявляется четкая взаимосвязь появления головной боли с симптомами основного заболевания как по времени возникновения, так и по отягощению общего состояния, головная боль рассматривается как вторичная. Учитывая, что указанный критерий не является в достаточной мере объективным, большое значение для определения генеза и характера цефалгического синдрома имеет его клиническая характеристика.

Целью исследования явилось изучение клинических характеристик первичной головной боли напряжения у лиц опасных профессий.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 27 пациентов из числа лиц, профессиональная деятельность которых относится к опасным профессиям, с ведущим в клинической картине цефалгическим синдромом. Всем больным проводилось общеврачебное, неврологическое, нейро-психологическое и инструментальное обследование. Для оценки головной боли применялись болевой опросник Мак-Гилла, цифровая рейтинговая шкала (ЦРШ), Госпитальная шкала тревоги и депрессии. Всем больным проводилось ультразвуковое исследование магистральных артерий головы и нейровизуальное (МРТ/КТ) исследование головного мозга.

Результаты. Возраст обследованных больных от 27 до 56 лет и в среднем составил $37,4 \pm 1,2$ лет. У всех пациентов диагностировалась хроническая головная боль напряжения (ХГБН) в соответствии с критериями ХГБН Международной классификации головной боли. Кроме того, у 21 больного (77,8%) наблюдались клинические проявления, указывающие на сопутствующую венозную церебральную недостаточность (метеочувствительность, интенсивность головной боли в утренние часы и др.). У 12 больных (44,4%) в соответствии с клинико-инструментальными данными был установлен сопутствующий цервикалгический характер головных болей. У всех больных согласно данным опросника Мак-Гилла, ЦРШ и Госпитальной шкалы тревоги и депрессии выявлялась умеренная степень выраженности цефалгического синдрома и значительная степень сенсорного компонента в сочетании с высокой выраженностью по шкале депрессии и умеренными показателями аффективного компонента.

Данные ультразвукового исследования магистральных артерий головы показали у 33,3% обследуемых ($n=9$) в виде патологической извитости позвоночных артерий (ПА), в сочетании с гипоплазией ПА в 14,8% случаев. По данным нейровизуализации головного мозга у 44,4% больных ($n=12$) выявлялись признаки легкого и умеренного расширения субарахноидальных пространств и атрофических изменений в теменно-затылочных отделах коры больших полушарий головного мозга с явлениями внутренней гидроцефалии.

Заключение. Проведенное исследование у пациентов с цефалгическим синдромом у лиц опасных профессий показало значимость включения в скрининговое обследование данной категории больных Госпитальной шкалы тревоги и депрессии и значительную представленность в клинической картине цефалгического синдрома сенсорного и депрессивного компонентов, что позволяет обеспечить своевременную коррекцию проводимого лечения.

НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО МЕТАБОЛИЗМА ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ЭНДОТОКСЕМИИ

**Спирина М.А., Казакова Т.А., Шокин М.Н.
Мордовский государственный университет
Руководитель – д.м.н., проф. Власов А.П.**

Целью работы явилось изучение метаболических процессов в тканевых структурах головного мозга при эндогенной интоксикации с акцентом на исследование расстройств липидного обмена.

Методы исследования. В основу работы положены экспериментальные исследования на 20 взрослых собаках. С целью воспроизведения эндогенной интоксикации животным моделировали острый перитонит. В контрольные сроки (1, 3, 5 суток) животным производили релапаротомию, забор крови из яремной и бедренной вен, биопсию ткани головного мозга. В послеоперационном периоде животным проводили антибактериальную и инфузионную терапию. В динамике заболевания исследовали выраженность эндогенной интоксикации, качественный и количественный состав липидов, интенсивность ПОЛ, активность фосфолипазы А₂ и супероксиддисмутазы тканей головного мозга.

Результаты исследования. Моделирование острого перитонита приводило к развитию тяжелого синдрома эндогенной интоксикации, что было выявлено по существенному увеличению содержания гидрофильных и гидрофобных токсинов в плазме крови. В ткани головного мозга при синдроме эндогенной интоксикации выявлено существенное увеличение содержания липоперекисления (на 21,3–188,3% (p<0,05) соответственно) и активности фосфолипазы А₂ на 92,3–117,9% (p<0,05), снижение активности антиоксидантного фермента супероксиддисмутазы. Изучение липидного спектра биомембран клеточных структур головного мозга показало существенное его нарушение, что проявилось в увеличении уровней лизоформ фосфолипидов на 97,0–155,5% (p<0,05), свободных жирных кислот на 12,3–70,4% (p<0,05), понижении содержания суммарных фосфолипидов на 12,5–20,7% (p<0,05), холестерина на 10,4–26,4% (p<0,05), фосфатидилхолина на 18,2–27,2% (p<0,05). Была выявлена достоверная корреляционная зависимость интенсивности перекисного окисления липидов, активности фосфолипазы А₂ в ткани головного мозга с дислипидными явлениями в органе, а последних с выраженностью эндотоксикоза.

Заключение. Развитие эндотоксикоза сопровождается значительным нарушением структурно-метаболического статуса головного мозга, причем деструкция липидов клеточных мембран головного мозга коррелируют с выраженностью эндогенной интоксикации.

ДЕПРЕССИЯ ПРИ ЛОКАЛЬНОЙ МЫШЕЧНОЙ ДИСТОНИИ

**Билалова Д.Ф.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Залялова З.А.**

Блефароспазм(Б) и цервикальная дистония(ЦД) - одни из самых распространенных локальных форм мышечной дистонии(ЛФМД) (3,6 и 5,7 на 100 тыс населения соответственно)

Б – хроническое прогрессирующее заболевание, проявляющееся неконтролируемым сокращением круговой мышцы глаза. Учащенное моргание в дебюте заболевания переходит в тоническое зажмуривание по мере его развития, Б, проявляется на 5-6ом десятилетии жизни, женщины болеют в 3 раза чаще. Выраженные нарушения зрения приводят к социальной дезадаптации, затрудняют профессиональную деятельность и, в дальнейшем, самообслуживание.

ЦД характеризует патологическим положением и тоническими или тонико-клоническими насильственными движениями в мышцах шеи. Заболевание начинается в 30–40 лет и часто приводит к социальной дезадаптации и ранней инвалидизации. Нередко, ЦД сопровождается болевым синдромом, которая дезадаптирует пациента в большей степени, чем патологическая поза головы.

Исследования показывают, что лица с двигательными нарушениями до 80% чаще, чем другие испытывают эпизоды депрессии(Д). Известно, что пациенты с ЛФМД имеют большую частоту обсессивно-компульсивных расстройств и Д. У некоторых Д предшествует появлению локальной дистонии(ЛД) (Fabbrini et al 2010; Barahona Correa B et al, 2011).

Данные пациенты часто стесняются своей внешности или неспособности управлять движениями. Невозможность выполнения работ или задач может вызвать чувство бесполезности или беспомощности. Однако, есть предположения, что Д имеет с дистонией патофизиологическую общность.

Большинство исследователей отрицают наличие изменений ГМ при мышечных ЛД, но нейровизуализационные исследования (Nanko J. и соавт.) показали, что у 24% больных со ЦД имеется локальная корковая атрофия. Воксельная морфометрия выявила, что при ЦД имеется повышение плотности ряда образований больших полушарий и мозжечка, а также ее понижение в мозговой ткани каудальных зон дополнительной моторной коры, зон дорсо-латеральной префронтальной области, что может объяснять нарушения в психо-эмоциональной сфере.

В исследованиях ЛД были обнаружены изменения уровня таких нейротрансмиттеров(НТ): норадреналин, серотонин, дофамин и ацетилхолин. Известно, что у лиц с первичной Д существует дисбаланс тех же НТ ГМ.

В литературе обсуждаются вторичный и генуинный ее характер.

ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРЕДНИХ РОГОВ БОКОВЫХ ЖЕЛУДОЧКОВ У ДЕТЕЙ С ГИПЕРТЕНЗИОННЫМ СИНДРОМОМ ГИПОКСИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

**Мусина Д.Ф.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Гайнетдинова Д.Д.**

Последствия перинатальных повреждений головного мозга занимают первое место среди всех неврологических нарушений у детей раннего возраста. Дети, перенесшие гипоксическое состояние, в дальнейшем могут иметь заметные неврологические нарушения и структурные изменения, выявляемые методами нейровизуализации. Гипертензионный синдром (ГС) является одним из наиболее часто встречающихся последствий гипоксически-ишемического поражения головного мозга у новорожденных и детей первого года жизни. Он верифицируется нейросонографически на основании расширения различных отделов ликворных путей. Наиболее тяжелая клиническая симптоматика наблюдается при расширении желудочковой системы, в особенности передних рогов боковых желудочков (ПРБЖ).

Целью нашего исследования явилось изучение изменений размеров ПРБЖ головного мозга у детей с ГС.

Изучены показатели нейросографии 58 детей с ГС, находившихся на лечении в неврологическом отделении ДРКБ.

В результате обследования установлено, что расширение ПРБЖ выявлено у 53% детей с ГС. У 68,2% детей с нормальными показателями ПРБЖ отмечается повышение гидрофильности ткани мозга, в то время как при расширенных ПРБЖ гидрофильность повышена лишь у 31,8% детей ($p < 0,02$). Среди детей с нормальной гидрофильностью ткани мозга количественно преобладали дети с расширенными ПРБЖ – 61,3% по сравнению с детьми без расширения – 38,7%. При сравнении детей с расширенными ПРБЖ и различной гидрофильностью выявлено достоверное количественное преобладание детей с нормальной гидрофильностью – 61,3% над детьми с повышенной гидрофильностью – 7 чел. (31,8%) ($p < 0,05$).

Таким образом, предварительные данные нашего исследования позволяют обозначить наличие патогенетической корреляции между размерами ПРБЖ и гидрофильностью ткани мозга.

ЛЕЧЕБНАЯ ГИМНАСТИКА И ДЫХАТЕЛЬНЫЕ УПРАЖНЕНИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Захарова Л.П.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., доц. Василевская О.В.

Цель: содействие восстановлению двигательных функций.

Задачи: 1) ранняя активизация больных; 2) обучение больных целенаправленным действиям; 3) стимуляция активных движений; 4) укрепление ослабленных мышечных групп; 5) предупреждение развития патологических состояний (спастических контрактур, артропатий) и осложнений (тромбофлебитов, пролежней застойных явлений в легких), связанных с гипокинезией.

Методы исследования: наблюдение за больными при проведении ежедневных упражнений с ними. Включающих активные и пассивные движения, а также дыхательные упражнения. Шкала NISHS и шкала Бартела до и после реабилитации.

Особенностью дыхательных упражнений является увеличение глубины, осуществляемое путем надавливания руками методистом на реберные дуги при вдохе. Объем активных и пассивных движений увеличивается постепенно, изо дня в день. Обучение правильной походке, принятию горизонтального положения и присаживания (наклон туловища вперед, сгибание тазобедренного и коленного суставов).

ПРОЯВЛЕНИЯ ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ ПРИ ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПОРАЖЕНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Миннуллина Э.Р.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - д.м.н., проф. Гайнетдинова Д.Д.

Синдром глазодвигательных расстройств (страбизм, нистагм, птоз, анизокория и т.д.) является одной из форм проявлений перинатального повреждения нервной системы. Причинами их проявления могут быть гемодинамические и метаболические нарушения, приводящие к развитию гипоксически-ишемических поражений вещества головного мозга и внутричерепных кровоизлияний. Такие последствия перинатальной патологии как детский церебральный паралич, эпилепсия, гидроцефалия являются достаточно изученными, тогда как глазодвигательные и зрительные нарушения всё ещё остаются недостаточно исследованными.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинико-амнестических и нейрофизиологических показателей у детей с различными глазодвигательными нарушениями в резидуальном периоде перинатальной патологии нервной системы.

Материал исследования: 17 человек с различными глазодвигательными расстройствами, в исходе перинатальной патологии нервной системы, находившихся на стационарном лечении в офтальмологическом и неврологическом отделениях ДРКБ.

Методы исследования: амнестический, клинический, нейроофтальмологический, нейрофизиологический.

Полученные результаты: По специальной разработанной схеме осмотрено 9 чел. (53%) с альтернирующим содружественным косоглазием, с монолатеральным содружественным косоглазием - 5 чел. (30%), с горизонтальным крупноразмашистым нистагмом с рождения - 3 чел (17%). В анамнезе у каждого ребенка выявлена патология перинатального периода: у всех матерей во время беременности наблюдалась анемия, 11 матерей перенесли грипп и гнойную ангину. При нейровизуализации у всех обследованных отмечались изменения в головном мозге: в группе детей с альтернирующим содружественным косоглазием преобладали кистозно-атрофические изменения, у детей с монолатеральным содружественным косоглазием - чаще обнаруживались полушарные кисты.

Выводы: глазодвигательные нарушения у детей являются серьезными резидуальными проявлениями перинатального поражения головного мозга.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ БОТУЛИНОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ МИГРЕНОЗНЫХ БОЛЕЙ

Никонова О.О.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - д.м.н., проф. Алтунбаев Р.А.

Актуальность. Головные боли - одна из самых распространенных жалоб пациента. Практически все люди (по данным мировой статистики, 75-80%) перенесли хотя бы один раз в жизни приступ цефалалгии, чаще возникающий в возрасте 18-33 лет. Значительная роль в их возникновении принадлежит мигрени. Частота встречаемости мигрени у женщин и мужчин равна 3:1, соответственно. Несмотря на то, что мигрень не относится к фатальным заболеваниям и очень редко сопровождается серьезными осложнениями, она в значительной степени нарушает качество жизни пациентов, что имеет большое фармако-экономическое и медико-социальное значение. Однако при том, что эффективность медикаментозных средств достигает 95%, удовлетворенность проведенной терапией равна лишь 70% (по данным Американской Ассоциации). Эти данные подтверждают необходимость поиска альтернативного метода лечения мигренозной боли.

Цель. Оценка эффективности ботулинотерапии при лечении хронических мигренозных болей в периоды обострения и как меры профилактики, оценка полученных результатов.

Материал и методы. Проведено исследование трех групп пациентов: 1 (5 пациентов) - проведена процедура ботулинотерапии; 2 (5 пациентов) - получают профилактическую медикаментозную терапию (бета-блокаторы или топирамат), 3 (5 пациентов) - не принимают профилактические антимигренозные препараты. Критерии сравнения групп: интенсивность болей, частота их возникновения, выраженность сопутствующих вегетативных и сенсорных нарушений.

Результаты. Результаты показали, что у пациентов 2-ой группы было меньшее количество приступов мигрени: за 16 недель лечения - 8,2 дня зафиксирована мигрень (в 2,2 раза меньше, чем в группе без применения профилактических медикаментов).

После 16 недель наблюдения у 4 пациентов 1-ой группы получавших ботулинотерапию отмечено уменьшение числа дней без мигрени (в сравнении - 2 пациента 2-ой группы и 1 пациент в 3-ей группе также отметили улучшение этого показателя). При этом во время исследования у пациентов 2-ой группы сопутствующие вегетативные и сенсорные нарушения отмечались чаще, чем в 1-ой группе.

Вывод: Ботулотоксин является действительной терапевтической альтернативой в случае недостаточной эффективности или непереносимости антимигренозных препаратов, а также в качестве профилактики хронических мигренозных болей.

КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ И ПАРЦИАЛЬНОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Ризванова Д.Р.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - д.м.н., проф. Менделевич Е.Г.

Эпилепсия – хроническое заболевание головного мозга со сложным этиопатогенезом, полиморфной клинической картиной и, несмотря на значительный прогресс в области диагностики и лечения, неоднозначным прогнозом. К факторам, влияющим на когнитивные функции у пациентов с эпилепсией, относят наследственность, органическое повреждение головного мозга, наличие самого эпилептического процесса, лечение противоэпилептическими средствами и особенности личности пациента. В настоящее время ведутся интенсивные исследования в направлении определения наиболее значимых характеристик эпилептического процесса, ассоциированных с нарушением когнитивных функций: роль частоты различных типов приступов, наличие или отсутствие органической патологии головного мозга и субклинических разрядов на электроэнцефалограмме, влияние терапии.

Целью настоящего исследования было изучение когнитивных функций у больных эпилепсией с различными типами приступов: первично-генерализованными и фокальными.

Нами были обследовано 14 пациентов в возрасте 18 – 48 лет с различными типами эпилептических приступов: у 6 пациентов диагностированы первично-генерализованные приступы, у 8 - сложные фокальные приступы. Частота приступов составляла в каждой из групп - от 2 до 5 в месяц. Длительность заболевания составила от 3 до 6 лет. Все пациенты получали антиэпилептическую терапию препаратами широкого спектра действия с минимальным риском аггравации приступов и воздействия на когнитивную сферу – вальпроаты, карбамазепин, ламотриджин.

Всем пациентам проводили клинический и неврологический осмотр, ЭЭГ-исследование, МРТ головного мозга. Состояние когнитивных функций оценивали по тестам на долгосрочную и краткосрочную (слуховую, зрительную, моторную) память, внимание и речевую активность.

Провели корреляционный анализ между клиническими характеристиками эпилептического процесса и выраженностью когнитивного дефекта. Долгосрочная слуховая вербальная память и внимание были хуже у пациентов с фокальной эпилепсией по сравнению с генерализованной. Анализ показал, что когнитивная дисфункция находится в связи проводимой противоэпилептической терапией. Когнитивные расстройства в большей степени наблюдались у пациентов с высокими дозами 1-го противоэпилептического препарата или при комбинации 2-х препаратов.

КЛИНИЧЕСКИЕ ШКАЛЫ В ДИАГНОСТИКЕ СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Маркова Э.Э.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - д.м.н., проф. Якупов Э.Э.

Актуальность. Сосудистые заболевания головного мозга являются одной из ведущих причин смертности и инвалидизации населения планеты. В последнее время достигнуты определенные результаты в диагностике, лечении и профилактике цереброваскулярных заболеваний. Благодаря применению современных методов нейровизуализации, визуализации сосудистой системы головного мозга значительно улучшилось качество диагностики больных с этой патологией. Однако ведущим в постановке диагноза остается клинично-неврологическое обследование пациентов.

Цель. Исследование коррелятивных взаимоотношений между корригируемыми факторами риска и степенью неврологического дефицита (двигательные расстройства, нарушение высших мозговых функций) с использованием клинических шкал для диагностики сосудистых заболеваний головного мозга.

Основная часть. Различные шкалы, тесты и опросники принадлежат к основным способам стандартизации и объективизации разнообразных неврологических изменений у больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга. Применение расширенных международных шкал в соответствии с патологией, для объективизации которой они созданы, позволяет оптимизировать диагностику, лечебную тактику и оценку динамики состояния пациента наряду с современными инструментальными и лабораторными методами исследования. Было обследовано 30 больных с нарушением мозгового кровообращения, проведен анализ корригируемых факторов риска (гипертоническая болезнь, артериальная гипертензия, сахарный диабет, курение и др.), оценка неврологического дефицита, степень выраженности пареза и расстройства высших мозговых функций по шкалам NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) – шкала инсульта национального института США для оценки степени тяжести ишемического инсульта, и по индексу Бартела – бальная оценка функционального состояния после мозгового инсульта.

Заключение. Отмечается «кумулятивный эффект» факторов риска с тяжестью неврологического дефицита - чем больше факторов риска тем выше вероятность развития тяжелого инсульта. Высокая степень валидности шкалы NIHSS позволяет рекомендовать ее для широко использования в клинической практике.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Зубринкин А.В.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - д.м.н., проф. Якупов Э.З.

Цель работы: выявить связь между расстройством когнитивных функций пациентов неврологического стационара со степенью поражения головного мозга, возрастом, уровнем образования, с наличием вредных привычек.

Материалы и методы: анкетирование, МОСА и MMSE тесты.

Результаты: установлена прямая зависимость между тяжестью когнитивных расстройств и степенью поражения головного мозга, возрастом, уровнем образования, наличием вредных привычек.

Выводы: подтверждена связь между уровнем расстройства когнитивных функций и степенью поражения головного мозга, возрастом, уровнем образования и наличием вредных привычек пациентов неврологического стационара.

ПИТАНИЕ, КАК ВНЕШНИЙ ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

Яковлева Е.С.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., асс. Хафизова И.Ф.

Цель: изучение влияния пищевых факторов, как факторов риска развития рассеянного склероза.

Введение: Известно, что на возникновение рассеянного склероза (РС) оказывают влияние внешние факторы, в том числе питание. До сих пор нет окончательного мнения на счет пищевых продуктов, который повышают риск развития РС.

Материал и методы: В исследовании приняло участие 20 больных РС (средний возраст 39 лет, средняя длительность РС 14,7 лет, 14 женщин, 6 мужчин) и 20 здоровых респондентов (средний возраст 42 года, женщин 12, мужчин 8), которые составили контрольную группу (КГ). После подписания информирования согласия на обработку данных, все участники прошли анкетирование. Анкета была разработана исследующим врачом и включала вопросы, касающиеся питания в период до возникновения РС для основной группы и особенностей питания в прошлом до настоящего момента для КГ.

Результаты: Было выяснено, что 40% больных РС до начала заболевания чаще употребляли мясные продукты и 25% пищу, приготовленную на животном жире. В то время как в КГ только у 15% опрошенных в рационе преобладали мясные продукты и у 5% пища, приготовленная на животном жире. У 65% пациентов с РС до развития заболевания в рационе была большая доля употребления сладкого. В КГ этот показатель составил только 15%. Режим питания, в виде «перекусов» между основными приемами пищи, нарушали только 15% здоровых, против 45% больных РС. В основной группе в 35% случаев отмечалось употребление «фаст-фуда», а в КГ этот показатель равнялся 10%. Некипяченую воду ежедневно пили 30% больных РС. Среди здоровых этот показатель составил 5%.

Заключение: согласно проведенному исследованию, пищевыми факторами риска развития РС явились продукты богатые насыщенными жирами (мясо, животный жир) и углеводами, что может говорить об их роли, как возможном факторе запуска аутоиммунного процесса при РС. Больные РС до развития болезни чаще нарушали режим питания и, возможно, патология со стороны желудочно-кишечного тракта также имеет значение в развитии РС. Высокая доля употребления некипяченой воды наводит на мысль о влиянии микроэлементов на развитие РС. Таким образом, особенности питания могут являться внешними фактором риска возникновения РС.

СПЕКТР ФЕНОМЕНА ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С МАЛЬФОРМАЦИЕЙ КИАРИ

Магдиев Б.И.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - д.м.н., проф. Менделевич Е.Г.

Мальформация Киари (МК)- опущение миндалин мозжечка ниже уровня большого затылочного отверстия, является патологией, характеризующейся полиморфностью клинических проявлений. Разнообразие неврологической симптоматики обусловлено, прежде всего, совокупностью патологических нарушений в КВО: компрессионными, ликвородинамическими и сосудистыми циркуляторными расстройствами. Среди наиболее распространенных жалоб у больных с МК известно о головокружении. В последние годы, имеющиеся наблюдения головокружения при нейровизуально подтвержденном диагнозе МК, показывают возможность существования различных его видов. Целью исследования явилось изучение спектра и распространенности головокружения среди пациентов с МК. Методы исследования: анамнестический, клинико-неврологический, магнитно-резонансная томография (МРТ) задней черепной ямки.

Результаты. Исследовано 15 пациентов с верифицированным на МРТ диагнозом МК. Большинство пациентов (12 (80%)) имели субъективные расстройства в виде головокружения. Анализ типа головокружения показывает, что у 10 (83,3 %) из больных, страдавших головокружением, оно носило характер несистемного. Клиническими проявлениями такого головокружения были ощущения в виде шаткости, качания при ходьбе, чувства тумана в голове. Длительность этого варианта головокружения была как постоянной, так и периодической. У 16,7% пациентов головокружение имело системный характер с клиническими характеристиками сходными с доброкачественным пароксизмальным позиционным головокружением. Клинические проявления такого головокружения: вращательный характер, сопровождение вегетативными симптомами, тошнотой. Среди провоцирующих факторов: изменение положения тела, проба Вальсавы, резкие движения, физические нагрузки, передвижение на автомобиле. Комбинация обоих вариантов головокружения встречалась у 8,3%.

Заключение. Головокружение при МК 1 характеризуется клиническими вариантами несистемного и системного головокружения. В части случаев наблюдается комбинация разных видов головокружения.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Батракова М.В.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., асс. Хафизова И.Ф.

Цель: выявление связи возникновения неврологических осложнений заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) от возраста, пола, длительности и лабораторных нарушений.

Введение: Хронические заболевания ЖКТ часто ведут к возникновению неврологических нарушений. Среди них выделяют неврастенический синдром, синдром вегетативно-сосудистой дистонии, полиневритический синдром.

Материал и методы: Был проведен неврологический осмотр 25 больных с хроническими заболеваниями ЖКТ: гастродуоденит и панкреатит (12), неспецифический язвенный колит (4), язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки (9). Средний возраст их составил 57 ± 11 лет, средняя продолжительность заболеваний ЖКТ 13 ± 2 лет, 13 женщин (Ж), 12 мужчин (М). Были проанализированы показатели биохимических анализов крови. Для выявления наличия тревоги и депрессии, использовалась шкала Hospital anxiety and depression scale. Вегетативная недостаточность (ВН) верифицировалась осмотром и проведением ортоклиностагической пробы.

Результаты: У всех осмотренных пациентов были выявлены неврологические нарушения. У 80% пациентов установлен полиневритический синдром (ПС), средний возраст данных пациентов $57,7 \pm 11,6$ лет, продолжительность заболевания ЖКТ $14,6 \pm 12,5$ лет (12 Ж и 8 М). Вегетативная недостаточность (ВН) была выявлена в 56% случаев (7 Ж и 7 М), средний возраст $58,9 \pm 12,4$ лет, длительность патологии ЖКТ $10,7 \pm 10,1$ лет. У 52% пациентов была установлена тревога/депрессия (Т/Д), средний возраст и длительность заболевания составили $60,4 \pm 9,1$ и $15,2 \pm 14,6$ года соответственно (10 Ж, 13 М). В 36% случаев наблюдалось сочетание ПС, ВН и Т/Д, средний возраст $58,4 \pm 10,7$ года, длительность патологии ЖКТ $12,8 \pm 11,4$ года.

Заключение: Чаще всего выявлялось поражение периферической нервной системы (НС) в виде ПС. Вовлечение НС не зависело от пола, возраста пациентов и от отклонений в анализах крови. ВН регистрировалась при меньшей длительности заболеваний ЖКТ, а Т/Д после более длительного течения. Вышесказанное позволяет сделать вывод, что поражение НС при заболеваниях ЖКТ зависит от длительности патологического процесса. Прежде всего, вовлекается вегетативная НС, позже присоединяются ПС и психоэмоциональные нарушения, что может говорить о системном поражении нервной системы.

МЫШЕЧНО-ТОНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ, МЕТОДЫ ИХ КОРРЕКЦИИ И ЛЕЧЕНИЯ

Сабилова Д. Р.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - д.м.н., проф. Якупов Э.З.

Актуальность. Нейромиофиброз - это перевозбужденный дистрофический или фиброзированный миофасциальный локус, качественно отличающийся от остальной мышечной ткани. Такие участки получили название курковых (триггерных) зон. Они могут быть латентными или активными. Активные миофасциальные триггерные точки встречаются довольно часто и могут быть источником различных функциональных нарушений, провоцируя боль и двигательные расстройства. Латентные триггерные зоны существуют годами и проявляются лишь при провоцирующих обстоятельствах. Активные миофасциальные дистрофические пункты могут быть как альгическими, так и триггерными. Миофасциальная боль тупая, ноющая, вызывает ощущения от дискомфорта до непереносимой боли. Триггерные очаги также вызывают вегетативные расстройства: местный ангиоспазм, потоотделение, слезотечение, саливацию, пиеломоторную реакцию; могут вызывать моторную дискоординацию, снижают порог возбудимости, снижают силу, создают тугоподвижность, мышцы укорачиваются.

Цель. Изучить клинические проявления нейромиофиброза и оценить эффективность различных методов лечения.

Основная часть. Миофасциальные триггерные точки широко распространены у населения. По данным Travell и Simons из 96 больных, прошедших обследование у невропатолога, у 93 % боль была обусловлена триггерными точками. У 200 произвольно выбранных людей обнаружили местное уплотнение, представляющее собой латентную триггерную точку. Среди них 54 % женщины и 45% мужчины. При нейромиофиброзе эффективно назначение миорелаксантов (баклофен 10-40 мг/сут., тизанидин 6-12 мг/сут., толперизон 450 мг/сут.), инъекций анестетиков в триггерную зону. Необходимо дополнить лечение немедикаментозной терапией: физиопроцедурами, мануальной терапией, массажем, обучением больного проводить самостоятельное лечение в домашних условиях.

Выводы. Эффективное лечение болевых синдромов состоит не только из симптоматического лечения, но и из устранения причины, активирующую триггерную точку. Лечение нейромиофиброзов должно быть комплексным. Чаще всего используется ручной массаж. Но одним из самых эффективных и перспективных способов являются различные мануальные техники: простое растягивание мышц, постизометрическая релаксация, реципрокное торможение.

ПРИНЦИП БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ МОЗГОВОЙ ИНСУЛЬТ

Шакурова М.Ф., Сафина А.Ф.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., доц. Василевская О.В.

В наше время проблема реабилитации пациентов, перенесших мозговую инсульт и имеющих парезы конечностей, стоит особо остро. Больные осознают ситуацию, в которой они оказались, переживают; но в силах помочь себе. На клинических кафедрах университета даётся схема лекарственного лечения таких пациентов, но необходимо и самого больного подключать к процессу восстановления. Такой особенностью обладает метод биологической обратной связи, или сокращённо БОС - терапия. При истинной БОС-терапии электроды с поверхности тела фиксируют физиологические параметры, преобразуемые компьютером в световые/звуковые сигналы. При выполнении движений пациентом компьютерная программа подсказывает, что он правильно сделал, а в чём - ошибся. С целью внедрения в массы активного участия больного в процессе собственной реабилитации, Мы, студенты, упростили данный метод. Её суть: в центральной нервной системе пациента путем наглядного примера формируется и закрепляется новая программа управления функциями, обеспечивающая воспроизведение утраченного навыка. Алгоритм: видеoinструкция по выполнению простых физических упражнений; запись на видео больного; сравнение выполняемых движений самим больным и образцом, и тем, что он выполнял ранее. Достоинства метода: простота и экономичность; минимум технических средств; применение в домашних условиях. Лечение проходит в форме игры, что мотивирует больного; он может наблюдать, отслеживать результаты лечения; происходит тренировка когнитивных функций. Недостатки метода: не вполне изучен и проверен; зависимость результатов течения лечебного процесса от желания самого пациента. Вывод: в реабилитации постинсультных больных наряду с фармакотерапией должен применяться и один из видов поведенческой терапии - биоуправление с обратной связью. С её помощью пациент получает возможность контролировать качество собственных движений, повышает уровень произвольного управления осознанными и неосознанными движениями. Применение биологической обратной связи позволяет тренировать точность, ловкость движений конечностей; мелкую моторику пальцев рук; координацию и ориентацию в пространстве.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА В СТАДИИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ 1-2 СТЕПЕНИ

Шапкина Е.И., Гаврилова А.А.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Василевская О.В.

Цереброваскулярные поражения головного мозга в мире занимают 3-е место в структуре общей смертности, составляя при этом 11,3 % и уступая по частоте сердечно-сосудистым заболеваниям и опухолям .

Хроническая ишемия головного мозга (ХИГМ)— наиболее частая форма цереброваскулярных заболеваний, характеризующаяся медленно прогрессирующей дисфункцией головного мозга, возникшей вследствие диффузного и/или мелкоочагового повреждения мозговой ткани в условиях длительно существующей недостаточности церебрального кровоснабжения.

Цель: Исследовать вегетативный статус пациентов с ХИГМ в стадии декомпенсации 1-2 степени.

Задачи: 1) Выявить наличие вегетативных нарушений у больных с ХИГМ.

2) Выявить наиболее часто встречающиеся нарушения вегетативного статуса пациентов с ХИГМ.

Методы: Сбор анамнеза, тестирование пациентов с помощью схемы для выявления признаков вегетативных нарушений, выявление нарушений сна по балльной оценке субъективных характеристик сна, выявление нарушений памяти с помощью рабочего листа по оценке познавательной деятельности, оценка психологического состояния с помощью шкалы Гамильтона.

Выводы: В нашем исследовании мы взяли две группы людей: контрольная группа, куда входили здоровые люди, и группа больных людей с хронической ишемией головного мозга по 20 чел. По результатам исследования выявлена : у контрольной группы пациентов результат тестирования по схеме для выявления признаков вегетативных нарушений соответствует 11 баллам, у группы людей с ХИГМ-48 баллам. Балльная оценка состояния сна у контрольной группы соответствует-25 баллам, у пациентов с ХИГМ-15 баллам, расхождение составляет 10 баллов, это говорит о том, что у пациентов ХИГМ серьезные нарушения сна. У контрольной группы пациентов нет нарушений памяти, у пациентов с ХИГМ в среднем существуют нарушения(5 баллов), данные нарушения невелики, но имеют весомое значение. По оценке психологического состояния пациентов с помощью шкалы Гамильтона-контрольная группа-4 балла, пациенты с ХИГМ-28 баллов, что свидетельствует о повышенной тревожности и нарушении эмоционального фона данных пациентов.

Таким образом выяснено, что при ХИГМ существуют серьезные нарушения вегетативного статуса, с преобладанием нарушений сна и эмоционального и психологического фона.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ИШЕМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Набиуллина А.Л.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., асс. Кузнецова Е. А.

Цель исследования – оценка состояния когнитивных функций у пациентов с ишемическими нарушениями мозгового кровообращения.

Материал и методы. На базе неврологического отделения Городской больницы скорой медицинской помощи №2 г. Казани было обследовано 28 пациентов с ишемическим инсультом различной локализации, составивших основную группу. Контрольную группу составили 20 здоровых добровольцев. Все обследованные пациенты не предъявляли жалоб на нарушения памяти и внимания. Методы исследования включали неврологический осмотр, оценку состояния пациентов по шкалам Бартел, NIHSS (Шкала тяжести инсульта Национальных институтов здоровья США), Ревермид, Ренкина, нейропсихологическое тестирование. Исследование когнитивных функций проводилось с помощью МоСА теста (Монреальская шкала оценки когнитивных функций). По показаниям назначались магнитно-резонансная или компьютерная томография головного мозга, ультразвуковая доплерография сосудов головного мозга и шеи, электроэнцефалография. Проводилась статистическая обработка результатов с определением достоверности различий средних величин.

Результаты. По данным нейропсихологического тестирования с использованием МоСА теста у пациентов с ишемическими инсультами было выявлено достоверное снижение когнитивных функций по сравнению с контрольной группой ($p < 0,01$), средний балл составил $23,0 \pm 3,2$. У лиц среднего возраста — $23,5 \pm 4,0$ балла, преобладали нарушения зрительно-конструктивного праксиса, называния предметов и беглости речи, у лиц пожилого возраста - $22,9 \pm 2,4$ балла, преобладали нарушения памяти и внимания. При анализе показателей в зависимости от локализации инсульта наибольшее снижение когнитивных функций имело место у пациентов с поражением бассейна левой средней мозговой артерии ($22,6 \pm 3,3$), наименьшее — при ишемическом инсульте в вертебрально-базиллярном бассейне ($24,2 \pm 1,8$ балл). У лиц с инсультом в бассейне правой средней мозговой артерии средний балл составил $23,3 \pm 4,1$, преобладали нарушения зрительно-конструктивного праксиса.

Выводы. МоСА тест рекомендуется применять для ранней диагностики доклинических когнитивных расстройств при острых ишемических нарушениях мозгового кровообращения, что позволит своевременно назначить необходимую терапию и предотвратить развитие значительных нарушений когнитивных функций.

МИГРЕНОЗНЫЙ ЦЕФАЛГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТОВ С МРТ-ВЕРИФИЦИРОВАННОЙ РЕТОЦЕРЕБЕЛЛЯРНОЙ КИСТОЙ BLAKE

Дашкина Л.Р., Сабирова Р.Р., Галиуллина Л.И.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Хузина Г.Р.

Введение. Мигренозная цефалгия является одним из распространенных видов головной боли. Учитывая отсутствие четких морфологических и фенотипических коррелятов мигрени у пациентов с кистозными аномалиями головного мозга, представляет интерес анализ цефалгического синдрома у пациентов с верифицированной ретроцеребеллярной субарахноидальной кистой Blake (РЦК Blake).

Цель исследования: выявление достоверных клинических характеристик цефалгического синдрома у пациентов с РЦК Blake.

Методы и материалы. Обследовано 16 больных с ведущим в клинической картине цефалгическим синдромом и МРТ-верифицированной РЦК Blake. Обследование включало исследование жалоб, анамнеза, неврологического статуса, биохимического спектра крови, ЭЭГ. Для оценки головной боли применялись болевой опросник Мак-Гилла, цифровая рейтинговая шкала, Госпитальная шкала тревоги и депрессии. Верификация дисэмбриогенезии - с помощью МРТ головного мозга.

Результаты исследования. Обследованная группа больных включала 16 пациентов в возрасте от 21 до 46 лет. Анализ клинических проявлений в исследуемой группе больных выявил пароксизмальный характер течения болезни у всех пациентов и ведущий клинический синдром в форме приступообразных мигреноподобных краниалгий. Показатель оценки боли в среднем составил 22,6 балла. Аффективная шкала опросника и Госпитальная шкала тревоги и депрессии показали легкую выраженность. По данным ультразвуковой доплерографии сосудов головного мозга и МР-ангиографии головного мозга в 56,2% наблюдений (n=9) выявлены варианты развития Виллизиева круга кровообращения, но гемодинамически значимых аномалий не выявлено. По данным ЭЭГ у 62,5% пациентов выявлялись умеренные диффузные изменения органического характера в виде дезорганизации основного ритма с усилением фоновых изменений биоэлектрической активности головного мозга при гипервентиляции и фотостимуляции. У всех пациентов МР-томографически была верифицирована РЦК Blake в сочетании с диффузной гипоплазией мозжечка.

Заключение. Клинико-нейровизуализационная корреляция между РЦК Blake и пароксизмальным цефалгическим синдромом позволяет выделить вариант течения феномена РЦК Blake и рекомендовать МРТ головного мозга пациентам с цефалгией мигреноподобного типа в обязательный алгоритм диагностики для исключения дисэмбриогенезии.

БОКОВОЙ АМИОТРОФИЧЕСКИЙ СКЛЕРОЗ (БАС): ВЕДУЩИЙ СИНДРОМ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА И ЭССЕНЦИАЛЬНАЯ БОЛЕЗНЬ

Пахомова А.И., Канюков С.С.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., асс. Кузнецова Е.А.

Актуальность определяется расширением ареала обитания *Ix.Persulcatus* и увеличением распространённости клещевого энцефалита далеко за пределы эндемичных районов, следовательно, и увеличением частоты случаев синдрома БАС. В связи с этим актуальным является дифференциальная диагностика синдрома БАС от болезни БАС, которая является самостоятельной нозологической единицей, что предполагает совершенно разные подходы к терапии.

Цель исследования: изучение этиологических факторов, особенностей клинической картины и современных методов диагностики БАС, позволяющих дифференцировать болезнь от БАС синдрома, возникающего на фоне клещевого энцефалита.

Методы исследования: анализ современных литературных данных.

Результаты. Синдром БАС. В пределах РФ абсолютное количество случаев развития синдрома БАС приходится на инфицирование РНК-содержащими арбовирусами, переносимыми клещами рода *Ixodes* и вызывающих клещевой энцефалит. Для клещевого энцефалита характерна весенне-летняя зависимость, однако встречаются случаи «обезглавленного» клещевого энцефалита, имеющего прогрессирующую форму течения (1-2%), отсроченную во времени, иногда на месяцы. Инфекционная природа БАС подтверждается анализом анамнеза, эпидемиологическими, вирусологическими и серологическими исследованиями.

Эссенциальный БАС. Этиология – мутация митохондриального белка убиквитина или фермента супероксиддисмутазы-1. Часть (5-10%) случаев заболевания обусловлены отягченной наследственностью (мутации соответствующих генов 21-й хромосом, характер наследования – аутосомно-доминантный), однако абсолютное большинство случаев не может быть объяснено конкретными этиологическими факторами, что полностью оправдывает название болезни – эссенциальная. Среди инструментальных методов диагностики БАС решающую роль играет игольчатая электромиография (ЭМГ). Диагноз БАС несомненный только при наличии всех перечисленных признаков: снижение частоты рекрутирования двигательных единиц (ДЕ), наличие повышенной длительности и высокой амплитуды, наличие потенциалов фибрилляций и нестабильных ПДЕ.

Заключение. В ходе исследования выяснено: решающими являются данные анамнеза и лабораторные исследования (позволяющие изначально исключить КЭ), тогда как клиническая картина и данные ЭМГ эссенциальной БАС и клещевого энцефалита с синдромом БАС ничем принципиально не различаются.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТЕЙ НАРУШЕНИЙ СНА У ЛИЦ С РАЗЛИЧНЫМИ ВЕРТЕБРОГЕННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ

Якубова А.Ш., Горелкин И.В.
Казанский государственный медицинский университет
Руководители - д.м.н., проф. Якупов Э.З., к.м.н., доц. Василевская О.В.

Цель исследования: проследить закономерности нарушений сна у лиц с различными вертеброгенными поражениями, выявить частоту перекрытий – совместных появлений у одного и того же индивида различных проявлений нарушения сна, а также особенностей и условий, при которых они возникают.

Материалы и методы.

Был произведён опрос по анкетам: «Анкета балльной оценки субъективных характеристик сна», «Анкета синдрома апноэ во сне» и «Анкета шкалы сонливости Epworth».

Выборка составила 30 человек, среди которых были студенты казанских ВУЗов и больные неврологического отделения.

Результаты.

Перекрытия наблюдались у 76% работающих лиц и 86% студентов.

По 1 признаку (нарушения качества сна): у 19% и 57%, соответственно.

По 2 признакам (нарушения качества сна и появление выраженной дневной сонливости или нарушения качества сна и наличие синдрома «апноэ во сне»): 38% и 29%.

По 3 признакам (нарушение качества сна, появление выраженной дневной сонливости и наличие синдрома «апноэ во сне»): у 19% работающих лиц, а у студентов перекрытий не наблюдалось.

Таким образом, перекрытия по первому критерию выявились у 80% среди всех респондентов.

Вторым этапом мы оценили преобладание определённых нарушений сна: пресомнических, интрасомнических и постсомнических, синдрома апноэ во сне, а также - дневной сонливости.

По шкале субъективной оценки качества сна выявилось, что у 33% работающих лиц и 6% студентов имеются нарушения сна. Причем, у работающих лиц преобладают интрасомнические, а у студентов – пресомнические нарушения сна.

У 40% работающих и у 20% студентов очень вероятен синдром «апноэ во сне».

По шкале Epworth у 13% работающих лиц имеется повышенная дневная сонливость и у 26% - близкое к ней состояние. У студентов же лишь у 6% наблюдалась повышенная сонливость в дневное время и у 13% - состояние, близкое к ней.

Выводы: Для адекватной стандартизации оценки нарушений сна, наличия апноэ во сне, дневной сонливости на этапе сбора анамнеза как наиболее валидные следует применять следующие анкеты: «Анкета балльной оценки субъективных характеристик сна», «Анкета синдрома апноэ во сне» и «Анкета шкалы сонливости Epworth».

ВАРИАНТЫ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ЛИЦ С РАЗЛИЧНЫМИ ВЕРТЕБРОГЕННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ

**Якубова А.Ш., Горелкин И.В.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Якупов Э.З.**

Вертеброгенные поражения являются одной из наиболее распространённых патологий среди населения. Они являются наиболее частой причиной ухудшения работоспособности, и, самое главное – качества жизни пациента. Центральное место при этом занимает болевой синдром.

В нашем исследовании мы попытались выяснить закономерности распространения ноцицептивного и нейропатического варианта болей среди двух групп населения: студентов и работающих.

В исследовании имели место следующие цели: определить распространённость ноцицептивных и нейропатических болей. Выявить закономерности вертеброгенных поражений у лиц, занятых в различных сферах деятельности.

Материалы и методы.

Было проведено анкетирование респондентов по опросникам DN4, McGill, ВАШ, «Анкета балльной оценки субъективных характеристик сна» и «Анкета шкалы сонливости Epworth». Выборка составила 30 человек, среди которых было 50% студентов казанских ВУЗов и 50% больных неврологического отделения. За изменяющийся критерий «качества жизни» мы взяли расстройств сна, а также появление дневной сонливости.

Результаты. Нами были получены данные, что наиболее часто встречаются случаи с ноцицептивными проявлениями: 63% среди всех опрошенных (64% студентов и 62% работающих). Нейропатические проявления встречаются реже: 37% среди всех опрошенных (35% студентов и 37% работающих). Проанализировав степень сонливости по шкале Epworth среди работающих лиц, мы обнаружили 100% корреляцию со степенью выраженности болевого синдрома по ВАШ. Среди студентов же обнаружена 71% корреляция со степенью выраженности болевого синдрома, остальные 29% имели при этом снижение сонливости разной степени, в зависимости от выраженности болевого синдрома. Также выявилась четкая корреляция между особенностями ежедневной работы, привычной позы, движений и характером заболевания. Так, у лиц тяжелого физического труда чаще всего поражен поясничный отдел позвоночника, а у лиц умственного труда, чья деятельность чаще всего связана с сидением, чтением, набиранием текстов, наблюдаются поражения шейного отдела позвоночника.

Заключение. Для адекватной оценки вариантов болевого синдрома при различных вертеброгенных поражениях на этапе сбора анамнеза как наиболее валидные следует применять следующие анкеты: DN4, McGill, ВАШ.

ЧТО ЗНАЮТ ВРАЧИ О НАРУШЕНИЯХ СНА?

**Тукмакова В.В., Хасаншина Л.Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., проф. Якупов Э.З.**

Актуальность: нарушения сна широко распространены и могут приводить к широкому спектру заболеваний нервной системы, сердечно-сосудистой и эндокринной патологии.

Цель: оценить степень информированности врачей различного профиля лечебно-профилактических учреждений г. Казани о распространенности, этиологии, диагностике и нарушениях сна, лечении расстройств сна.

Проведено анкетирование 22 неврологов и 18 терапевтов. В результате анкетирования неврологов выявлено, что полисомнографию как возможный метод исследования нарушений сна выделяют 68% врачей, ЭЭГ-18%, 14% не известны какие-либо методы диагностики нарушений сна, 7% указали сбор анамнеза. Определено, что 66% терапевтов не осведомлены о методах исследования нарушений сна, 17% отметили полисомнографию, 8% – ЭЭГ и УЗДГ головного мозга. Для устранения нарушений сна неврологи, работающие в стационаре, чаще назначают седативные препараты (53%), препараты бензодиазепинового ряда (20%); поликлинические неврологи – мелатонинсодержащие (65%), седативные препараты (14%), бензодиазепиновые препараты а (12%), Z-препараты (9%); в стационарах терапевтического профиля чаще назначаются препараты бензодиазепинового ряда (58%), антидепрессанты (24%), седативные препараты (16%) и барбитураты (2%); в поликлиниках терапевты часто используют препараты бензодиазепинового ряда (75%) и другие ЛС (нейролептики, анксиолитики, седативные) – 20%, также барбитураты (5%).

Выводы: Определяется низкая информированность врачей в вопросах диагностики и лечения нарушений сна, что требует активной методической работы среди врачей различного профиля.

НЕЙРОХИРУРГИЯ

ВЛИЯНИЕ СРОКОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ПАЦИЕНТОВ С НЕСТАБИЛЬНОЙ ОСЛОЖНЁННОЙ ТРАВМОЙ ПОЗВОНОЧНИКА

Пономарев Г.В.

Омская государственная медицинская академия
Руководитель - д.м.н., проф. Ларькин И.И.

В настоящее время установлено, что пациенты с осложненной позвоночно-спинномозговой травмой нуждаются в оперативном лечении в ранние сроки. Оперативное вмешательство направлено на декомпрессию спинного мозга и стабилизацию поврежденного позвоночно-двигательного сегмента.

Цель исследования: выявление особенностей регресса неврологического дефицита у больных с позвоночно-спинномозговой травмой в зависимости от сроков проведения оперативного лечения.

Материалы и методы: проведён ретроспективный анализ лечения 483 больных со спинальной травмой, получавших специализированную помощь в Омском Областном вертебрологическом центре за период 1994-2010 годов, из которых большая часть (75%) была трудоспособного возраста (20-49 лет). Среди пострадавших мужчин было – 348 (72%), женщин 135 (28%). 116 человек (24%) получили травму в результате дорожно-транспортных происшествий, 305 человек (63,1%) – в бытовой ситуации. Всем пациентам проводилась оценка неврологического статуса по шкале AmericanSpinalInjuryAssociation (ASIA). Оценка повреждений позвоночника проводилась по классификации F. Magerl, 1989. Для статистического анализа данных использовалась программа «Statistica 6.0», применялся непараметрический метод корреляционного анализа Кендалла.

Результаты исследования: Полный неврологический регресс возникал у лиц, оперированных в ранние сроки после травмы (до 1-1,5 недель) с первоначальным неврологическим дефицитом, соответствующим группам C, D по ASIA ($p=0,00001$). Отсутствие неврологического регресса наблюдалось у лиц, оперированных в более поздние сроки и с грубым начальным дефицитом (группы A, B по ASIA) независимо от типа повреждения позвоночника ($p=0,000008$).

Выводы: 1) Оперативное лечение выполненное в ранние сроки способствует регрессу неврологического дефицита при повреждениях типа C,D по ASIA;

2) При повреждениях типа A,B несмотря на отсутствие неврологической динамики, оперативное лечение создает условия для реабилитации пациента;

3) При выполнении оперативного пособия пациентам с позвоночно-спинномозговой травмой в поздние сроки значительного регресса неврологического дефицита не отмечено.

РОЛЬ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ГИПОТЕРМИИ СПИННОГО МОЗГА В НЕОТЛОЖНОЙ НЕЙРОХИРУРГИИ

Р.Р. Бурганов

Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доцент Ф. В. Баширов, к.м.н. Р.Ф. Тумакаев

Введение: По архивным данным РНПЦТ «Травма центр» и БСМП №1 за период с 2008 по 2012 года больные с осложненной травмой спинного мозга в виде плегии, утраты чувствительности ниже пораженного сегмента, нарушение функции органов малого таза по типу задержки составили 258 человек. Подавляющее большинство из них (196 человек – 76%) составляют лица моложе 40 лет, так по данным оценки операционных журналов средний возраст пациентов составляет 24 года. Высокая смертность в послеоперационном периоде, инвалидизация, случаи суицида в данной группе больных требует поиска новых эффективных способов лечения в остром периоде спинальной травмы.

Цель исследования: Оценить эффект применения интраоперационной гипотермии спинного мозга по линии неотложной помощи больным с осложненной спинальной травмой.

Материалы и методы: Нами во время операции у 42 больных со спинальной травмой применён способ интраоперационной гипотермии. Хладагент помещали на заинтересованный сегмент спинного мозга и билатерально от него, а также на дуги двух выше- и нижележащих позвонках по обеим сторонам от остистых отростков. Время экспозиции хладагента составлял 20–25 минут, количество сеансов 3–5 с интервалами между ними 10 минут. Во время проведения сеансов гипотермии отмечалось, что хладагент, расположенный на задней поверхности спинного мозга, при естественном таянии проникает на боковую и переднюю его поверхности, при этом вымыванием освобождаются ликворосодержащие пространства от продуктов распада тканей и токсических продуктов. Температура для оказания благоприятного воздействия на спинной мозг составила (+9°C).

Результаты: В результате клинических исследований пролеченных больных отмечалась явная тенденция к улучшению неврологической картины. К моменту выписки 28 больных были отнесены к группе C, остальные 14 к группе D (по классификации ASIA/IMSOP). Следует отметить, что при использовании данного способа в послеоперационном периоде мы не наблюдали явлений восходящего отёка спинного мозга.

Выводы: Таким образом, гипотермическое воздействие на спинной мозг уменьшает метаболические процессы, снижает отёк, предупреждает гипоксию ткани спинного мозга и препятствует процессам аутолиза в ней.

МЕТОДИКИ ИССЛЕДОВАНИЯ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ

Маркелова С.В.

Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., ассистент Немировский А.М.

Актуальность: в комплексе лечебных мероприятий больных с ишемическими поражениями головного мозга (после ишемического инсульта) в настоящее время большое значение уделяется проведению реабилитации, как для восстановления двигательной функции, так и в умственном плане. При этом проводится оценка уровня интеллектуальных и когнитивных способностей пациентов.

Цель: провести обзор исследований оценки когнитивных функций постинсультных больных.

Материал и методы исследования: обзор литературы.

Существует большое количество тестов для определения когнитивных способностей пациентов. Наиболее часто используется Mini-mentalstateexamination для оценки глобальной интеллектуальной функции. Данный тест содержит вопросы, оценивающие ориентацию в пространстве, восприятие, внимание, память, речь, способности устного счёта. При помощи этого теста можно также получить представление о сохранности двигательной функции пациента, функции речи, письма и чтения.

Тест Векслера для определения вербального IQ (intelligencequotient) и IQ действий состоит из вербальных и невербальных субтестов. Он наиболее популярен в развитых странах, но его недостатком являются высокие требования к квалификации психодиагноста. Эффективной методикой психометрической оценки памяти является шкала памяти Векслера, которая включает серии заданий, объединённых в 7 субтестов, для исследования отдельных мнемических функций. Достоинством шкалы является возможность количественного измерения кратковременной и долговременной памяти, словесно-логической, визуальной и ассоциативной репродукции. Наряду с измерением многих показателей в этой компактной и удобной для проведения методике предусмотрен охват широкого возрастного диапазона испытуемых.

Для оценки зрительно-пространственной функции удобен тест распознавания лиц.

Заключение. Оценка интеллектуальных и когнитивных функций важна в комплексном лечении больных с ишемическими поражениями головного мозга. Планируется дальнейшая работа в этом направлении, применение тестов в клинической практике, в том числе оценка пациентов до и после хирургического лечения.

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ГРАНИЦ ВЫСОКОЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ГЛИОМ С ПОМОЩЬЮ ФЛЮОРЕСЦЕИНА

Казанцев А. Ю.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - д.м.н., проф. Данилов В.И.

Глиома – это распространенная опухоль головного мозга, образующаяся из глиальных клеток.

Основной метод лечения глиом – хирургический. Одной из особенностей глиальной опухоли является её морфологическое сходство со здоровыми тканями головного мозга. Поэтому во время операции важно точное определение границ опухоли.

Цель исследования: представить современный способ интраоперационной визуализации глиальной опухоли и её границ с мозговой тканью по данным литературы [FrancescoAcerbiandothers, Foundation IRCCS NeurologicalInstituteCarloBesta, Milan, Italy].

Флюоресцеин – это индикатор, который давно применяется в медицине. Его свойство проникать через поврежденный гемато-энцефалический барьер даёт возможность применять флюоресцеин в качестве доступного и безопасного индикатора глиальных опухолей головного мозга.

В ходе операции внутривенно вводился флюоресцеин (тип «Синий 400» или «Желтый 560»). Аллергические реакции на флюоресцеин не описаны. При использовании флюоресцеина «Синий 400» опухоль выглядит как желтое поле на фоне белого вещества мозга синего цвета. Граница между здоровой тканью и патологической ткани четко визуализируется. Опухоль удаляется посредством CUSA (CavitationUltrasoundSurgicalAspirator – кавитационный ультразвуковой хирургический аспиратор).

Результаты. По данным FrancescoAcerbiandothers из 13 пациентов со средним объемом опухоли 31,79 см² у 10 пациентов опухоль была удалена полностью и не обнаружили рецидивы спустя 4 месяца (по клиническим данным и результатам МРТ, в том числе с МРТ с гадолинием). Т. е. у 77% пациентов опухоль была удалена полностью.

Вывод. Интраоперационное использование флюоресцеина безопасно для пациента, позволяет четко визуализировать границу высокозлокачественной глиомы и полностью удалить опухоль.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИПАДКОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Бурганова А.Н.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – к.м.н., асс. Данилова Т.В.

Целью исследования было изучение клинических особенностей эпилептических припадков развившихся у больных, перенесших ишемический инсульт в разных сосудистых бассейнах.

Комплексно обследовано 223 больных (75 женщин, 148 мужчин), перенесших ишемический инсульт с развитием различного типа эпилептических припадков. Исследование проводилось на базе неврологического отделения МКДЦ. Наряду с неврологическим осмотром выполнялись магнитно-резонансная томография, электроэнцефалография, транскраниальная доплерография, дуплексное сканирование транскраниальных и экстракраниальных сосудов.

На фоне общего преобладания фокальных приступов (87,4%) у больных с ранними припадками по сравнению с поздними и припадками предвестниками чаще развивались простые парциальные припадки (44,4%, $p < 0,01$), у пациентов с поздними приступами преобладали вторично-генерализованные приступы (43,5%, $p < 0,05$). При анализе эпилептических припадков выявлено более частое развитие вторично-генерализованных (49,5%) и первично-генерализованных (46,9%) приступов у пациентов с инсультом в левом каротидном бассейне по сравнению с больными, перенесшими инсульт в правом каротидном бассейне (20,2% и 21,4% соответственно, $p < 0,05$).

Припадки-предвестники и ранние приступы чаще наблюдались у пациентов с ишемическим инсультом в левом каротидном бассейне (41,4% и 49,5%, $p < 0,05$) по сравнению с правым каротидным бассейном (34,5% и 36,9%). Поздние припадки развивались одинаково часто в левом (43,6%) и правом (47,5%) каротидных бассейнах.

Отмечено, что эпилептический статус в 66,7% наблюдений развивался в дебюте инсульта и в 33,3% в раннем периоде ($p < 0,01$) с превалированием в у больных в левом каротидном бассейне (66,7%, $p < 0,01$).

Таким образом, установлена ассоциативность времени клинической манифестации эпилептических припадков с патогенетическим подтипом ишемического инсульта с преобладанием фокальных приступов, выявлены признаки большей эпилептогенности левого полушария головного мозга.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ЭНДОНАЗАЛЬНАЯ ТРАНССФЕНОИДАЛЬНАЯ АДЕНОМЭКТОМИЯ В КАЗАНИ

Хабибулина А.Р.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., асс. Пашаев Б.Ю.**

В настоящее время в Казани проведено 216 трансназальных трансфеноидальных аденомэктомий (ТТА) в нейрохирургической клинике МКДЦ. ТТА - хирургическое лечение пациентов с доброкачественными опухолями гипофиза - является актуальной и активно разрабатываемой проблемой современной нейрохирургии. Из 216 проведенных операций 98 выполнено микрохирургическим доступом, 118 – эндоскопическим. К преимуществам последних относится широкий обзор операционного поля в условиях хорошей освещенности, отсутствие тракции мозга. Но тесная анатомическая взаимосвязь полости носа и околоносовых пазух со структурами основания черепа определяет возможность нарушений функции зрения, интраоперационное повреждение ВСА; ограниченное поле для манипуляций вызывает сложность остановки интенсивного кровотечения; а осуществление доступа через заведомо инфицированную полость носа, обуславливает вероятность развития риногенных внутричерепных осложнений.

Цели: продемонстрировать опыт эндоскопического эндоназального оперативного лечения аденом гипофиза в нейрохирургической клинике МКДЦ.

Материалы и методы: в нейрохирургической клинике МКДЦ за период с февраля 2006 года по декабрь 2012 проведено 118 эндоскопических эндоназальных трансфеноидальных аденомэктомий, результаты распределены по критериям гормональной активности, размерам и послеоперационным осложнениям аденом гипофиза.

Результаты: среди прооперированных аденом гипофиза 55,4% гормонально-неактивные опухоли, 30,7% соматотропиномы, 9,4% пролактиномы, 4,45% кортикотропиномы, 0,05% смешанные; 20% микроаденомы, 35% небольшие аденомы, 29% средние аденомы, 16% большие аденомы. Экстраселлярный рост опухоли наблюдался у 18% пациентов, супраселлярный у 62%, инфраселлярный у 9%, латероселлярный у 11%. Среди осложнений 3% назоликворея; 2,5% нарушения функции зрения; 1% появление/нарастание глазодвигательных расстройств; 1% серозный менингит; 0,5% интраоперационное повреждение ВСА; 2% эпистаксис; 3% кровоизлияния в гипоталамическую область; 1% послеоперационная летальность.

Заключение: в настоящее время интерес к эндоскопическим эндоназальным операциям растет, что позволяет надеяться на все более широкое применение данной методики и качественное улучшение результатов хирургического лечения пациентов с аденомами гипофиза.

КЛИНИКО-НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОЗДНИХ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИПАДКОВ

Галимова А.А.

**Казанский государственный медицинский университет
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 клинических и нейровизуализационных особенностей у пациентов с поздними приступами (развившимися позднее семи дней от возникновения ишемического инсульта).

Комплексно было обследовано 116 пациентов, перенесших ишемический инсульт с развитием эпилептических поздних припадков (76 мужчин и 40 женщин). Контрольную группу составили 123 пациента, перенесших ишемический инсульт, но без развития эпилептических припадков. Обследование включало неврологический осмотр, магнитно-резонансную томографию головного мозга (МРТ), электроэнцефалографию (ЭЭГ), транскраниальную доплерографию, дуплексное сканирование транскраниальных и экстракраниальных сосудов. Преобладали мужчины (65,5%) над женщинами (34,5%, $p < 0,05$). В клинической картине преобладали фокальные приступы (97%, $p < 0,001$). В 41% наблюдений на ЭЭГ выявлена очаговая патологическая эпилептиформная и медленноволновая активность с преобладанием в височной области (85%, $p < 0,001$) и более частой регистрацией в левом полушарии мозга (57,6%, $p < 0,05$) по сравнению с правым (42,4%).

По данным МРТ у пациентов с поздними припадками очаг ишемии достоверно чаще локализовался в области коры (82%, $p < 0,01$) по сравнению с больными группы контроля (38%). Замечено, что ишемические очажки в мозжечке чаще визуализированы у пациентов со вторично-генерализованными припадками (42,9%, $p < 0,01$). При оценке МРТ-карты ишемического очага наблюдается преимущественно корковое расположение очага ишемии со смещением в каудальную зону у пациентов с припадками, в то время как у больных без приступов ишемическое повреждение локализовано преимущественно в белом веществе полушарий, при этом оно более гомогенное и обширное.

Таким образом, у больных с ишемическим инсультом с развитием поздних эпилептических припадков выявлено более частое развитие приступов среди мужчин, преобладание фокальных припадков с регистрацией очаговой патологической активности чаще в левом полушарии, превалирование корковой локализацией очагов ишемии с каудальным вектором его формирования.

ЛЕЧЕНИЕ ДИСТОНИИ

Хабибрахманов А.Н.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., асс. Габидуллин А.Ф.**

Дистония занимает третье по частоте место среди всех расстройств движений, уступая лишь тремору и паркинсонизму. Частота встречаемости этого заболевания составляет 2-4 человека на 100 тысяч населения. При наследственной этиологии первые проявления заболевания появляются в среднем до 20-летнего возраста. Дистонии классифицируют в зависимости от их этиологии, локализации и распространенности. Заболевание может приводить к потере работоспособности, а затем к стойкой инвалидизации.

В Казани проводится консервативное лечение. Для лечения применяется ботулотоксин типа А.

Хирургическое лечение – стереотаксическое. Проводят деструкцию или глубокую стимуляцию подкорковых ядер головного мозга. Вид хирургического лечения выбирают в зависимости от возраста больного, степени и распространенности заболевания, сопутствующей патологии. Хирургическое лечение дистонии в Казани не проводится.

АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА. МЕТОДЫ ЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОМ ГИПОФИЗА И ОЦЕНКА ИХ ЭФФЕКТИВНОСТИ

Майков Г.В.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., асс. Пашаев Б.Ю.**

Аденомы гипофиза-группа опухолей, происходящих из отдела головного мозга-аденогипофиза. Аденомы гипофиза составляют примерно 10-17% в структуре нейроонкологических заболеваний. Чаще всего они проявляются в возрасте 30-40 лет, одинаково часто у мужчин и женщин. В 60-80% случаев на разных этапах лечения больных с аденомой гипофиза показано применение радиологического лечения –как самостоятельного метода, так и в комбинации с другими видами терапии или после аденомэктомии.

Основными целями лучевого лечения является контроль за ростом опухоли (уменьшение или стабилизация ее размера), достижение клинической или клинико-биологической ремиссии заболевания, предупреждение продолженного роста после нерадикальной аденомэктомии. Неэффективность хирургического лечения является показателем к проведению радиочастотной электрохирургии. Однако существуют методы, в которых первым этапом может быть отдано предпочтение радиочастотной электрохирургии: например, инвазия аденом гипофиза небольшого размера в стенку кавернозного синуса, или непригодный для хирургического лечения соматический статус самого пациента, или отказ больного от операции и его выбор в пользу радиочастотной электрохирургии.

При удалении аденом гипофиза, лечение которой требует хирургического вмешательства, уровень излечения варьирует от 21 до 92% (в среднем 67,1%) с 0,5% летальностью и низким уровнем послеоперационного дефицита (2,9%). Частота рецидивов составляет 11,5. При сочетании хирургии с фракционной лучевой терапией улучшается контроль роста опухоли, но возрастает частота гипопитуитаризма(до 48,5%). В случае применения в лечении аденом гипофиза "Гамма ножа" эффективность лечения составляет 80%. Гипопитуитаризм отмечается в 9,8%. Рецидивы- 0,2%, летальность- 0%.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА СТЕРЕОТАКСИЧЕСКУЮ ПСИХОХИРУРГИЮ: ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР

Сафина А. И., Сабиров Ж. Ф.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., асс. Габидуллин А. Ф.**

Цель: ознакомиться с современными взглядами о стереотаксическом лечении психических и пограничных расстройств.

Материалы и методы: проведен обзор методик и показаний к лечению психиатрических заболеваний, пограничных расстройств, болевых синдромов. Клинические наблюдения малочисленны в связи с запретом на большую часть психохирургических вмешательств в России.

Результаты: сегодня отмечается подъем интереса к психохирургии благодаря прорыву в нейровизуализации и технологиях стереотаксиса, позволяющих проводить стереотаксические вмешательства с минимальными осложнениями. Кроме того, широкодоступной стала нейростимуляция глубоких структур, которая дала возможность подобным вмешательствам быть обратимыми. Наиболее частыми показаниями к психохирургическим пособиям являются болевые синдромы, толерантные к консервативному лечению и другим видам терапии, обсессивно-компульсивные расстройства и некоторые проявления шизофрении. Кроме того, широко обсуждаются такие показания, как депрессия, ожирение, деменция, аддиктивные расстройства.

Заключение: несмотря на то, что на данный момент эффективность многих психохирургических вмешательств еще предстоит доказать, часть из них, такие как хирургия боли, обсессивно-компульсивных расстройств достаточно эффективны и при правильном подборе пациентов позволяют стойко купировать некоторые проявления психических и пограничных расстройств.

РАЗВИТИЕ ПСИХООРГАНИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ АНЕВРИЗМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Акчурина Ю.Р.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., асс. Шаяхметов Н.Г.**

Психоорганический синдром – комплекс нарушений интеллектуальной деятельности, эмоционально-волевой сферы и поведения, обусловленный органическим поражением головного мозга. По данным мировой литературы, психоорганический синдром наиболее часто развивается при аневризмах передней мозговой-передней соединительной артерий, возникновение когнитивных дисфункций чаще наблюдается у пациентов с разорвавшимися аневризмами после проведения открытого хирургического вмешательства.

Целью исследования является сопоставление данных опыта лечения пациентов с аневризматической болезнью головного мозга в нейрохирургической клинике МКДЦ с данными мировой литературы.

В период с февраля 2007 года по декабрь 2012 года в ГАУЗ «МКДЦ» прооперировано 517 пациентов с аневризмами головного мозга. Анализ историй болезни показал, что психоорганический синдром развился у 19 больных с аневризмами передней мозговой-передней соединительной артерий, что составляет 18,6% от общего количества пациентов с аневризмами данной локализации.

На догоспитальном этапе когнитивные дисфункции выявлены у 3 (15,7%) больных; у большей части пациентов 15 (84,2%) развитие психоорганического синдрома происходило в послеоперационном периоде. У одного пациента с психоорганическим синдромом выполнено эндоваскулярнотромбирование аневризмы, остальным было проведено открытое хирургическое вмешательство, что составило 94,7% от количества больных с проявлениями когнитивных дисфункций. Данные транскраниальной доплерографии выявили признаки вазоспазма лишь у 5 (26,3%) пациентов, у остальных больных наблюдалось повышение тонуса интракраниальных сосудов.

Анализ опыта лечения аневризм головного мозга в нейрохирургической клинике МКДЦ подтверждает результаты общемировых исследований: на развитие психоорганического синдрома при интракраниальных аневризмах оказывает влияние локализация аневризм (передняя мозговая-передняя соединительная артерии) и тактика хирургического лечения (открытое вмешательство). Данные транскраниальной доплерографии не дали убедительной связи развития вышеуказанной симптоматики с вазоспазмом, что требует дальнейшего выявления и изучения возможных причин развития когнитивных дисфункций при аневризмах головного мозга.

ОБЩАЯ ПАТОЛОГИЯ

АНАЛИЗ АКТИВНОСТИ HER2-ГЕНА В КЛЕТКАХ РАКОВЫХ ОПУХОЛЕЙ ЖЕЛУДКА

Димитриева О.С.

Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Петров С.В.

Цель: изучить активность гена HER2/c-erb-B2/ neu, его избыточную экспрессию у больных раком желудка и связать полученные данные с выживаемостью пациентов. Методы исследования: методами иммуногистохимии (ИГХ) и флюоресцентной гибридизации in situ (FISH) изучена активность HER2 в опухолевых образцах, полученных во время операции-гастрэктомии 92 пациентов с раком желудка. Были также проанализированы выживаемость без прогрессирования и общая выживаемость пациентов. Результаты: гиперэкспрессия HER2 коррелирует с кишечным гистологическим типом опухоли и кардиоэзофагеальной её локализацией. Гиперэкспрессия HER2 является фактором неблагоприятного прогноза. Амплификация/сверхэкспрессия гена HER2 у больных раком желудка и кардиоэзофагеальным раком коррелировала с низкими показателями общей выживаемости, составившими 6,6 мес. в группе больных с HER2-позитивным статусом опухоли и 12,7 мес. в группе больных с HER2-негативным статусом. Заключение: гиперэкспрессия и амплификация гена HER2 связана с выживаемостью пациентов. Пациенты с HER2-позитивной опухолью желудка являются кандидатами на лечение анти-HER2-таргетными препаратами (трастузумаб и другие).

ЗНАЧЕНИЕ ИМАТИНИБА (ГЛИВЕКА®) В ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Каримов А.Ф.

Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Петров С.В.

Актуальность. Гастроинтестинальные стромальные опухоли желудочно-кишечного тракта (GIST или ГИСТ) являются самыми частыми злокачественными новообразованиями желудочно-кишечного тракта мезенхимального происхождения.

Цель. Оценка результатов клинических исследований иматиниба мезилата (Гливека®) у больных с GIST, а также изучение роли иматиниба в лечении GIST.

Результаты и обсуждение. 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.

Консенсусная система классификации Национального Института Здоровья США – NIN подразделяет пациентов на четыре группы (очень низкий, низкий, промежуточный, высокий риск) на основании прогностической значимости размеров опухоли и митотического индекса. По мере возрастания группы риска происходит увеличение частоты рецидивирования и уменьшения выживаемости. Для снижения риска развития местных рецидивов и метастазирования следует проводить адьювантную терапию иматинибом (Гливеком®).

Вывод. До появления иматиниба (Гливека®) 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.

РОЛЬ РЕФЕРЕНС-ЦЕНТРОВ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ТОЧНОСТИ ОЦЕНКИ HER2 СТАТУСА В РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Хасанов Р.М., Сафиуллин Р.Р.

Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., асс. Ахметов Т.Р.

Наиболее изученный молекулярный маркер, важный для выбора терапии и прогнозирования рака молочной железы – рецептор эпидермального фактора роста человека 2 типа, или HER2. Наиболее доступным способом оценки этой потенциальной мишени для терапии является иммуногистохимическое исследование. Недостатком этого метода является определенная доля субъективизма оценки результатов, а также возможные ошибки окраски, ведущие к неправильной интерпретации. В связи с этим в России создана сеть референсных лабораторий, соответствующих международным стандартам.

Материал и методы. За период 2008-2012 гг в референсной лаборатории проведен повторный анализ экспрессии онкогена HER2 в раке молочной железы. Материал на пересмотр направлялся из лабораторий 11 городов Приволжского федерального округа России. Использовали стандартизованную методику иммуногистохимического окрашивания на белок HER2 с использованием набора Herceptest (Dako). Реакцию оценивали с выделением 4 категорий (0, 1+, 2+, 3+); результат считали позитивным — 3+, если более 10% клеток инвазивного компонента опухоли имели равномерное интенсивное окрашивание мембраны. При положительном результате 2+ (неполное интенсивное мембранное окрашивание или умеренное мембранное окрашивание более 10% клеток) материал направляли на FISH/CISH исследование.

Результаты.

В общей сложности число случаев расхождения оценки HER2 статуса составило 845(50,9%) из 1657. Наиболее высокой оказалась частота расхождения оценки из городов Самара(79%), Уфа (76%), Оренбург (50,4%), Йошкар-Ола(46,5%). Диагноз чаще совпадал для лабораторий из городов Тольятти (87%), Казань(69,1%), Орск(78,4%).

Выводы

Неадекватная оценка статуса Her2 в раке молочной железы может приводить к нерациональному использованию дорогостоящих препаратов.

Повышению качества оценки HER2 статуса в лабораториях Поволжского региона будет способствовать стандартизация подготовки и окраски препаратов, внедрение аппаратов автоматической окраски.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ МОЛЕКУЛЯРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Губайдуллина К.Д.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - д.м.н., проф. Петров С.В.

Введение: Применяемые современные методы лечения опухолей центральной нервной системы (ЦНС) требуют точной верификации новообразования. В настоящее время диагностика опухолей ЦНС основывается на комплексном клинико-морфологическом анализе с привлечением ряда современных молекулярно-генетических методов исследования.

Метод исследования: При анализе 73 оперативно удалённых образцов новообразований ЦНС после классических гистологического исследования определялся иммунофенотип опухоли, проводилась дифференциальная цитогенетическая диагностика с другими новообразованиями, изучался пролиферативный статус и экспрессия ряда онкогенов.

Результаты: Иммуногистохимический метод исследования опухолей ЦНС позволил достоверно верифицировать ряд низкодифференцированных и/или редких вариантов глиальных, нейрональных, эмбриональных и др. новообразований. Нозологическая структура опухолей ЦНС, исследованных на базе РКОД МЗ РТ за 2012 год составила:

- диффузная астроцитома - 12 случаев (16,66%);
- анапластическая астроцитома - 6 случаев (8,33%);
- глиобластома - 29 случаев (40,27%);
- пилочитарная астроцитома - 1 случай (1,38%);
- другие опухоли ЦНС - 24 случая (33,33%).

Заключение: Иммуногистохимическая диагностика позволила установить доброкачественный или злокачественный характер процесса у значительного числа больных с диагнозами вариантов астроцитарных опухолей и других новообразований ЦНС.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ ПО ДАННЫМ ОБЛАСТНОГО ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО БЮРО г. АКТОБЕ ЗА 2007-2011 гг.

Алиева М.Б., Медовщиков В.В., Еш尼亚зов Н.Б.

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., доц. Власова Л.Н., асс. Нугманова Н.А.

Для продолжения жизни, возобновления биологических ресурсов природа обеспечила все живые существа способностью к репродукции, т.е. воспроизведению. Но только человек самостоятельно решает вопросы о времени рождения детей, их количестве, и, как никто другой, испытывает неблагоприятное влияние множества факторов на здоровье, в том числе на репродуктивное здоровье женщин. На сегодняшний день у каждой четвертой женщины возникают трудности с деторождением, и одной из главных причин этого является невынашивание беременности. Целью нашего исследования явилось: определить частоту невынашивания беременности за 5 лет (2007-2011гг.) по данным областного пат.анатомического бюро г.Актобе, изучить патоморфогенез процессов при невынашивании беременности. Исследование проводилось по данным журналов регистрации областного пат.анатомического бюро и соответствующих биопсийных материалов с диагнозом «Невынашивание беременности» у женщин 25-40 лет за 2007-2011гг. В ходе исследования нами было установлено, что в структуре невынашивания беременности превалирует неразвивающаяся беременность. Основными причинами, приводящими к невынашиванию беременности, являются воспалительные заболевания органов мочеполовой системы (91%), неинфекционные причины – в 9%. Основные нозологии, приводящие к прерыванию беременности: децидуит (58,9%), эндометрит (14,5%), плацентит (7%), среди эндокринных заболеваний преобладает железисто-кистозная гиперплазия эндометрия (3,9%). Пик диагностики неразвивающейся беременности приходится на 25-29 лет. Заключение: не смотря на проведение профилактических мероприятий, раннюю диагностику и лечение заболеваний мочеполовой системы, их частота не уменьшается, это приводит к увеличению случаев невынашивания беременности, что в отдаленных последствиях может привести и к бесплодию.

МЕТАСТАЗЫ РАКА В ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ

Грубей Э.А.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - д.м.н., проф. Петров С.В., к.м.н, асс. Хузин Ф.Ф.

Актуальность: данная тема является актуальной, т.к. от наличия данного процесса в организме зависит дальнейший прогноз течения болезни и способы лечения пациента. Развитию метастазирования способствует продукция опухолевыми клетками так называемых матриксных металлопротеиназ (matrix metalloproteinases, MMPs). Для прогноза рака толстой кишки продемонстрировано неблагоприятное значение экспрессии металлопротеиназ MMP1, MMP2 и MMP9. Сходные ассоциации были обнаружены для протеазы другого семейства — uPA (urokinase-type plasminogen activator). К наиболее известным маркерам метастазирования относится гликопротеин CD44, выполняющий адгезивные функции и способствующий закреплению опухолевых клеток в анатомически отдалённых органах и тканях. Цель: Изучить пути метастазирования рака различной локализации, причины и особенности метастазирования. Методы и результаты: Было выяснено, что возможность развития метастазов и рецидива рака зависит от стадии болезни, от локализации опухоли (определенные виды опухолей являются тропными по отношению к определенным органам и тканям), от гистологического строения опухоли и формы опухолевого роста (низкодифференцированные (анапластические), высокодифференцированные), от возраста пациентов (чем более молод пациент, тем

агрессивнее рак). Строение, место расположения метастазов зависит от типа опухоли. Лечение: может быть применено протокольное лечение (операция, лучевая терапия, химиотерапия), в качестве профилактики метастазов рекомендуется периодическое наблюдение онколога и также химиотерапия.

ИЗМЕНЕНИЕ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ РЕЦИДИВА ОПУХОЛИ

Гатауллин Б.И.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Петров С.В.**

По данным российской медицинской статистики в структуре онкологических заболеваний женщин рак молочной железы (РМЖ) занимает первое место, составляя 19,3%. С ростом числа больных растёт и общее количество операций на молочной железе. Наряду с радикальными мастэктомиями все чаще выполняются органосохраняющие операции, после которых иногда наступает рецидив заболевания. В связи с этим все острее встает вопрос о диагностике и выборе тактики лечения местных рецидивов опухоли. До настоящего времени не изучена динамика иммунофенотипа рака молочной железы от первичной опухоли к локальному рецидиву. Молекулярно-генетические подтипы РМЖ характеризуются специфической биологией, прогнозом и требуют особых терапевтических подходов.

Цель исследования: Проанализировать изменения иммунофенотипа рака молочной железы от первичной опухоли к локальному рецидиву. Изучить результаты иммуногистохимического анализа первичной опухоли и локальных рецидивов.

Методы: Были проанализированы истории болезни, амбулаторные карты, результаты патоморфологических и иммуногистохимических исследований больных раком молочной железы, лечившихся в Республиканском онкодиспансере за последние 5 лет.

Результаты: По нашим наблюдениям, при сравнении основных иммуногистохимических показателей первичной опухоли и рецидивной фенотип их отличался в 57,69% случаев. Пациенты с опухолями молекулярно-генетического подтипа «люминальный А» поменяли фенотип опухоли в 9.1% случаев, «люминального В-типа» – в 75%. «Базальный тип» первичной опухоли изменился в 33.3% случаев. Опухоли HER2 типа поменялись у 28.6% пациентов.

Заключение: Таким образом, нам удалось подтвердить гипотезу об изменении фенотипа рака молочной железы в процессе лечения. С учетом изменения фенотипа рака молочной железы должны меняться принципы лекарственной терапии рецидивной опухоли.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК В ЛЕЙКОЗАХ И ИХ ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Зарубина А.Н.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Петров С.В.**

Кроветворная стволовая клетка даёт начало клеткам крови всех других типов. Лейкозы в зависимости от варианта могут быть связаны как с изменением стволовых клеток, так и с трансформацией родоначальных клеток того или иного ряда кроветворения.

Цель исследования: изучение фенотипа лейкозов с положительной реакцией на маркер стволовые клетки; выявление особенностей опухолевых клеток иммуноцитохимическим методом и оценка прогностического значения опухолевого фенотипа.

Методы исследования: за 2011 – 2012 гг в лаборатории иммуногистохимической диагностики РКВД МЗ РТ были изучены мазки пунктатов костного мозга, полученные от 47 больных с лейкозами, из которых в 15 случаях антиген CD34 был положительным, в 17 случаях CD34 негативен и в 15 случаях реакции на CD34 не проводились. Для выявления стволовых клеток в мазках применяли иммуноцитохимический метод с использованием моноклональных антител против антигена CD34.

Результаты. Как показали наши исследования, частота встречаемости стволовых клеток в лейкозах составляет 32%, причём 25,5% стволовых клеток встречается именно в ОЛЛ «common» типа.

Заключение. Прогноз у больных с положительной реакцией на стволовые клетки может быть различным. У детей и подростков до 15 лет частота полного выздоровления составляет 95%, 5-летняя безрецидивная выживаемость – 70%. У взрослых в возрасте до 35 лет частота выздоровления и длительная безрецидивная выживаемость составляют, соответственно, 70–80% и 30–40%, после 60 лет – 40% и 10%.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ УЧЕНИЯ О МЯГКОТКАННЫХ САРКОМАХ

Вагизова Г.Х.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Петров С.В.**

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения, саркомы мягких тканей составляют от 1 до 2% от всех злокачественных опухолей человека. Ежегодно в России саркомами заболевают около 2400 человек. В Татарстане заболеваемость составляет 1,7 на 100000 населения. Морфологические критерии этой группы опухолей непостоянны, морфологическое строение опухолей и их биологическое течение часто не совпадают и требуют значительных усилий со стороны морфологов с применением сложных технологий, в том числе генетического анализа транслокаций. Цель исследования: оценка современного состояния учения о диагностике мягкотканых сарком человека. Метод исследования: анализ имеющейся литературы и результатов иммуногистохимической диагностики сарком в Республиканском клиническом онкологическом диспансере министерства здравоохранения республики Татарстан. Результаты. Саркомы мягких тканей — это опухоли связок, сухожилий, сосудов, мышц, жировой и др. тканей, происходящих из примитивной мезодермы. Саркомы мягких тканей представлены целым рядом новообразований. Морфологическая классификация, разработанная экспертами Всемирной организации здравоохранения (Лион, 2002), охватывает более 30 типов опухолевого процесса. Отмечена связь сарком мягких тканей с некоторыми генетическими заболеваниями. Саркомы мягких тканей имеет выраженную способность к раннему метастазированию. Осложнения, вызванные наличием отдаленных метастазов в легкие, реже печень, кости, являются основной причиной смерти больных сар-

комой мягких тканей. Средняя продолжительность жизни больных после диагностики легочных метастазов составляет 12 месяцев. В патанатомическом отделении онкологического диспансера работает отлаженная система иммуногистохимической верификации этих новообразований (около 25% всего объёма диагностических исследований). Для диагностики используют широкий набор необходимых маркеров, позволяющий в 95% случаев верифицировать диагноз. Однако в ряде наблюдений (саркома Юинга, синовиальная саркома и др.) требуется дополнительный цитогенетический анализ на специфические транслокации, например, t(11:22) при саркоме Юинга). Вывод: данная группа опухолей является сложной как для современной диагностики, так и для эффективного лечения и требует дальнейшего изучения.

«БОЛЕЗНЬ ХОДЖКИНА». ИСТОРИЯ ОТКРЫТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

Гильфанова А.Р.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - д.м.н., проф. Петров С.В.

Цель работы заключается в исследовании истории описания данного заболевания. При выполнении работы использовались методы исследования, основанные на сравнении и анализе материалов, взятых из литературы и Интернет-ресурсов.

Лимфогранулематоз (лимфома Ходжкина) – регионарное, хроническое рецидивирующее, реже остро протекающее опухолевое заболевание лимфатических узлов.

Заслуга в открытии заболевания принадлежит Томасу Ходжкину, английскому врачу, выдающемуся патологоанатому, первому, кто предположил, что лимфаденопатия может быть проявлением и самостоятельного заболевания. Впервые он обнаружил его в 1832 году, задолго до открытия лимфоцитов и исследования их функций. Спустя некоторое время Самуэль Уилкс назвал эту опухоль «болезнью Ходжкина». С тех пор, как было выяснено, что субстратом данной опухоли являются лимфоциты, это заболевание стали считать одним из вариантов лимфом. Все другие виды лимфом стали называть неходжкинскими лимфомами, В-или Т-клеточными.

Лимфома Ходжкина может возникнуть в любом возрасте. Однако на данный момент выделяют два пика заболеваемости: в возрасте 16-29 лет и старше 55 лет. Мужчины заболевают значительно чаще.

Диагноз лимфомы Ходжкина ставится только по биопсии на основании обнаружения типичных клеток, называемых клетками Ходжкина и Рид-Штернберга. В последние годы диагностика лимфомы Ходжкина и других лимфом улучшилась благодаря использованию иммуногистохимического метода, позволяющего идентифицировать опухолевые клетки по маркерам на их поверхности.

Сегодня на долю лимфомы Ходжкина приходится около 25-30% всех лимфом, при этом, в отличие от неходжкинских, ее частота с течением времени значимо не меняется. При современных методах лечения более 80% заболевших лимфогранулематозом в Республике Татарстан полностью излечиваются от этой болезни.

Открытие данного заболевания имело и до сих пор имеет колоссальное значение, как для практической, так и для научной медицины.

ВЫЯВЛЕНИЕ МУТАЦИЙ В ГЕНЕ BRAF ПРИ ВЫБОРЕ ТЕРАПИИ МЕЛАНОМЫ

Степанова Д.В., Салахиева Г.Х.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - д.м.н., проф. Петров С.В.

Актуальность. Меланома составляет не более 4% всех новообразований кожи, но на ее долю приходится примерно 80% случаев летальных исходов в онкодерматологии. Меланома характеризуется весьма агрессивным течением и резистентностью к стандартной цитостатической терапии, поэтому 5-летняя выживаемость больных с метастатическим процессом не превышает 10-15%. Около 50% меланом содержат замену в 600-й аминокислоте киназы BRAF. Повреждения гена BRAF приводят к автономной активации серин-треониновой киназы. В результате BRAF безостановочно передает стимулы к киназам MEK и ERK, которые играют ключевую роль в запуске процессов клеточного деления. Генетические повреждения BRAF стали вызывать огромный интерес в связи с появлением специфических ингибиторов мутированной изоформы этого белка. Специфические ингибиторы активированного BRAF продемонстрировали беспрецедентную терапевтическую эффективность, поэтому диагностика мутаций BRAF стала неотъемлемым компонентом обследования больных с неоперабельной формой заболевания.

Наиболее изученным лекарственным агентом этого класса является препарат Вемурафениб (Зелбораф). Терапевтическое использование данной молекулы приводит к уменьшению размеров меланомных очагов практически у всех пациентов, опухоль которых содержит мутацию, и сопровождается заметным увеличением времени до прогрессирования заболевания и общей выживаемости.

Цель данной работы - описать основные клинические, морфологические и молекулярно-генетические аспекты, связанные с анализом статуса онкогена BRAF у пациентов с метастатической меланомой. Для достижения цели был проведен исчерпывающий анализ научной литературы, статьи многих отечественных и иностранных ученых.

СТРОМАЛЬНО-СОСУДИСТЫЕ РЕАКЦИИ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ РАКЕ

Грубер Э.А.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - д.м.н., проф. Петров С.В., к.м.н, асс. Хузин Ф.Ф.

Цель: изучение регионарных лимфатических узлов при раке, выявление в них неспецифических стромально-сосудистых изменений и определение их значения в процессе опухолевого роста. Материалом послужили регионарные лимфатические узлы, полученные от 150 онкологических пациентов во время операций по поводу рака молочной железы, желудка, толстой кишки. Значение: при выявлении иммуногистохимическим методом эндотелия кровеносных и лимфатических сосудов, компонентов соединительной ткани наблюдается их выраженная реакция, также обнаруживаются отложения в интра- и внесосудистого фибрина вокруг клеточных элементов лимфатических узлов и клеток опухоли, что свидетельствует о наличии процесса метастазирования. Заключение: внутрисосудистый фибрин способствует метастазированию, опосредуя фиксацию клеток опухоли к

сосудистой стенке и последующее формирование метастатического узла. Отложения внесосудистого фибрина могут являться одним из факторов приживления в лимфатическом узле метастазов, предохраняя их от цитотоксического действия иммунокомпетентных клеток и делая невозможным проявление иммунного ответа. Развитие стромы и межклеточного матрикса способствует метастазированию.

СТРУКТУРА ПАТОЛОГИИ ЛЕГКИХ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ИССЛЕДОВАНИЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА

Кузнецов М.С.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Шакирова А.З., д.м.н., проф. Харин Г.М.**

Цель исследования: изучить частоту и структуру патологии легких в валовом операционном материале, в том числе неопухолевой патологии, сведения о которой практически не освещены в литературе.

Материал и методы исследования: результаты гистологического исследования операционного материала легочной ткани, направленной для верификации патологического процесса в патологоанатомическое отделение РКОД МЗ РТ за 2011-2012 гг., их анализ и статистическая обработка.

Нами были получены следующие результаты: в структуре опухолевой патологии легких плоскоклеточный рак составляет 61,5%; различные варианты аденокарциномы – 17,4%; вторичные злокачественные опухоли и метастазы опухолей внелегочной локализации – 15,4%; карциноиды и мелкоклеточный рак (нейроэндокринный рак) – 5,7%. Особо следует выделить тот факт, что в 16,7% случаев в операционном материале не обнаружено опухолевого роста. При исследовании гистологического материала неопухолевая патология была представлена хроническими неспецифическими заболеваниями легких (47,3%) и туберкулезом (42,1%), а также некоторыми редко встречающимися заболеваниями, в частности, протеиномом легких и др.

Выводы: различные формы плоскоклеточного рака занимают лидирующую позицию в структуре опухолевых заболеваний легких, значительную долю составляют аденокарциномы и вторичные опухоли, в то время как карциноиды и мелкоклеточный рак остаются относительно редкими. Достаточно часто ХНЗЛ и туберкулез выявляются в операционном материале от больных, прооперированных по поводу рака легкого, что, видимо, является отражением сложности их дифференциальной диагностики. Данный вопрос требует дальнейшего детального изучения, т.к. точная диагностика в значительной мере изменяет тактику лечения пациентов, позволит избежать проведения обширного вмешательства и ограничиться органосохраняющей операцией.

ЧАСТОТА ПРОЯВЛЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ У СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Игнатъева Л.А.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., ст.преп. Галлямов Р.М.**

Появление большого количества малотоксичных местных анестетиков (МА) привело в два последние десятилетия к существенному расширению их применения в самых различных областях клинической стоматологии для снятия болезненности у пациентов при разнообразных терапевтических и хирургических манипуляциях. И хотя возникновение аллергических проявлений при местной анестезии не столь часто, массовое использование в стоматологии местных анестетиков привело к увеличению абсолютного числа пациентов, у которых возникают клинические проявления аллергических реакций при использовании тех или иных МА.

Симптомы аллергических реакций на МА относятся к группе "непредсказуемых осложнений"; в стоматологической практике могут проявляться: в виде отека или воспаления в месте инъекции, гиперемии кожи, зуда, конъюнктивита, ринита, крапивницы, отека лица (отек Квинке) с опуханием верхней и/или нижней губы, отека голосовых связок с чувством кома в горле и осиплости голоса, затрудненного глотания, кашля, затруднения дыхания вплоть до асфиксии, а также анафилактического шока с кожным зудом, головной болью, головокружением, рвотой, удушьем, отеком языка, потерей сознания, появлением пота, частого пульса малого наполнения, падения артериального давления, судорог.

Цель исследования: изучение частоты проявления аллергических реакций у пациентов стоматологической клиники

Было обследовано 20 пациентов, 8 из них имели аллергические реакции на какие-либо продукты или медикаменты, 1 указывала на наличие аллергии к ультракаину, троим пациентам ни разу не делали инъекционное обезболивание. В результате проведения обезболивания 2 из 20 обследованных показали положительную реакцию на проведение местной анестезии.

Таким образом, алергонепереносимость МА стала важной проблемой, к которой должен быть готов клиницист-стоматолог в повседневной практике. В связи с этим необходимо иметь лаборатории, задачей которых является выявление непереносимости анестетиков с целью отбора инертных препаратов для конкретного компрометированного или относящегося к группе риска пациента на основе наиболее эффективных методов исследования *in vitro* и *in vivo*.

ГЕМОФАГОЦИТАРНЫЙ СИНДРОМ: ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Рустамов М.Н.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., асс. Дунаев П.Д.**

Гемофагоцитарный синдром (ГФС), или Гемофагоцитарный лимфогистиоцитоз (Hemophagocytic lymphohistiocytosis = HLH) – группа врожденных и приобретенных заболеваний, в основе которых лежит нарушение регуляции иммунного ответа, приводящее к аномальной активации цитотоксических CD8+Т-лимфоцитов и макрофагов, и развитию опосредованного ими воспалительного повреждения пораженных органов. Патогенез ГФС остается до конца неизученным. В связи с этим цель настоящей работы – на основании литературных данных сформулировать современные представления о механизмах развития ГФС.

Различают первичный, генетически обусловленный ГФС и вторичный ГФС, развивающиеся при инфекционных, опухолевых и аутоиммунных заболеваниях. Показано, что развитию первичного ГФС способствуют мутации генов, ответственных за нормальную активность CD8+Т-лимфоцитов и NK-клеток. В частности, ген *Rab27a* необходим для секреции данными клетками гранул, содержащих перфорины и гранзимы. При его дефекте CD8+Т-лимфоциты и естественные киллеры не справляясь с вирус-инфицированными клетками продуцируют в повышенном количестве цитокины (ФНО-альфа, ИФН-гамма, ИЛ-2 и др.),

которые индуцируют повышенную активность макрофагов. Макрофаги начинают фагоцитировать клетки крови и их предшественники в костном мозге, селезенке, лимфатических узлах. Развивается панцитопения с соответствующими клиническими проявлениями (анемией, геморрагическим синдромом, рецидивирующими инфекциями). Макрофаги вследствие гиперактивации синтезируют в повышенном количестве ИЛ-1, ИЛ-6, ФНО-альфа, что обуславливает повышение температуры тела (лихорадка), а также повышение сосудистой проницаемости (появление сыпи). Кроме того, образуются инфильтраты из иммунокомпетентных клеток в различных органах, с развитием их недостаточности, прежде всего печени, селезенки, лимфоузлов, ЦНС.

Вторичный ГФС по своим клиническим проявлениям аналогичен первичному. Наиболее частые причины: инфекционные агенты (цитомегаловирус, вирус герпеса, вирус Эпштейна-Бар, Лейшмании, Бруцеллы), злокачественные новообразования (лейкозы, лимфомы и др.).

НЕГАЗООБМЕННЫЕ ФУНКЦИИ ЛЕГКИХ ПРИ АКТИВАЦИИ ГИППОКАМПА В УСЛОВИЯХ ПОВЫШЕННОЙ ГАМКЕРГИЧЕСКОЙ МЕДИАЦИИ.

Ходыкин Е.А., Нуриев Р.И., Турдыева Р.М.
Ижевская государственная медицинская академия
Руководители - д.м.н., доц. Лукина С.А., к.м.н., доц. Тимофеева М.Р.

Целью исследования явилось изучение кровенаполнения, водного баланса легких, коагуляционного гемостаза в системе малого круга кровообращения при дисфункции гиппокампа и при воздействии на структуру мозга в условиях повышенной ГАМКергической активности. Эксперименты выполнены на крысах-самцах (n=61), ложнооперированных и опытных. Опытным животным с целью моделирования очага патологической активности имплантировали 1 мг кобальта по стереотаксическим координатам в область дорзального гиппокампа, другой группе животных активацию структуры сочетали с введением ГАМК в боковой желудочек мозга в дозе 40 нмоль в 1 мкл 0,9% раствора натрия хлорида. На 14 день эксперимента исследовали водный баланс легких, оценивая органное кровенаполнение, общую и экстраваскулярную жидкость, сухой остаток гравиметрическим методом. Определяли коагуляционный потенциал крови по тестам АЧТВ, ПВ в притекающей к легким венозной и оттекающей от них артериальной крови, с последующим расчетом артерио-венозного коэффициента. Было установлено, что изменение водного баланса легких в условиях формирования патологической детерминанты в области дорзального гиппокампа характеризовались увеличением объема внесосудистой жидкости ($p < 0,01$), уменьшением сухого остатка, эти изменения сохранялись в условиях интравентрикулярного введения ГАМК. Кровенаполнение легких, уменьшенное при дисфункции гиппокампа ($p < 0,01$), восстановилось до контрольных значений при повышении активности ГАМКергической системы. Коагуляционный потенциал притекающей к легким венозной крови при дисфункции гиппокампа был понижен, о чем свидетельствует удлинение АЧТВ и ПВ с последующей гиперкоагуляцией артериальной крови ($p < 0,05$) и инверсией артерио-венозного коэффициента ($p < 0,001$). После введения ГАМК исследуемые показатели гемостаза оптимизировались, артерио-венозная разница нормализовалась.

Результаты экспериментов показали, что интравентрикулярное введение ГАМК приводит к восстановлению легочного кровенаполнения, устраняет нарушения в системе гемостаза, индуцированные активацией гиппокампа, однако явления гипергидратации легких, выявленные при дисфункции структуры, в условиях повышенной ГАМКергической медиации сохраняются.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ЭТИОЛОГИИ И ПАТОГЕНЕЗЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА.

Вахитова Э.Ж.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., асс. Дунаев П.Д.

Рассеянный склероз (РС) – заболевание центральной нервной системы, поражающее лиц молодого трудоспособного возраста и быстро приводящее их к инвалидизации, характеризующееся образованием очагов демиелинизации – бляшек по периферии желудочков мозга, в субкортикальной зоне белого вещества, мозжечке, в шейных и поясничных сегментах спинного мозга. Характерными симптомами заболевания являются: неврит зрительного нерва, ретробульбарный неврит, скандированная речь и нарушения моторики, тремор, нистагм, отсутствие или ослабление рефлексов передней брюшной стенки, парестезии, прежде всего в области дистальных отделов конечностей, нарушения мочеиспускания, нарушение психики. В мире насчитывается около 2 млн больных рассеянным склерозом, в России — более 200 тыс.

Патогенез РС остается до конца не изученным, в связи с этим цель настоящей работы – на основании литературных данных сформулировать современные представления о его механизмах. РС может возникнуть в результате взаимодействия ряда неблагоприятных внешних и внутренних факторов. К внешним факторам относят вирусные и/или бактериальные инфекции; токсические вещества и радиация (в том числе солнечная); особенности питания; геоэкологическое место проживания; травмы; частые стрессовые ситуации. Кроме того, отмечается генетическая предрасположенность к развитию РС. В частности, прослежена четкая зависимость развития РС от экспрессии определенных антигенов гистосовместимости (HLA-A3, HLA-B7, HLA-DW2, HLA-DR2). В тоже время, наследование РС не укладывается в рамки простой моногенной модели. Под влиянием неблагоприятных факторов нарушается проницаемость гемато-энцефалического барьера. Антигенные структуры ЦНС – основной белок миелина и гликопротеин миелина становятся доступными для иммунокомпетентных клеток. В результате образуются клоны аутореактивных Т-лимфоцитов которые оказывают на ЦНС повреждающее действие.

Для лечения РС применяют глюкокортикостероиды, которые обладая иммуносупрессивным действием сокращают выраженность воспалительного процесса.

АТФ В МЕХАНИЗМАХ СОКРАЩЕНИЯ СКЕЛЕТНЫХ МЫШЦ

Минхайрова И.М., Тазиева Л.М.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., ст. преп. Фархутдинов А.М.

Вопрос участия пуринов как эндогенного модулятора синаптической передачи на этапах реализации сократительного ответа скелетной мышцы до настоящего времени остается открытым.

Цель. В настоящей работе исследовалось влияние экзогенного АТФ на сократительную функцию различных скелетных мышц: длинного разгибателя пальцев (ДРП) и полоски диафрагмальной мышцы (ДМ).

Материалы и методы. Работа выполнялась на белых мышах массой 25-32 г. Изолированная мышца помещалась в термостатируемую ванночку при постоянной перфузии раствором Кребса. Изометрия достигалась предварительным растяжением в

течение 40 минут с силой 500 мг. Сокращение мышцы вызывалось агонистом – карбахолином (7x10-4М для ДРП и 2x10-4М для ДМ). Определялись сила и скорость сокращения. Влияние АТФ (1x10-4М) оценивали по различиям контрактильных характеристик до и после 5 минутной инкубации в растворе.

Результаты. В контроле сила сокращения ДРП была равна 75,2±19,5 мг, скорость 17,9±3,1 мг/сек. После действия АТФ сила сокращения уменьшилась до 52,4±11,0 мг, что составило 69,7% от контроля (p<0,05). Скорость сокращения напротив, увеличилась до 29,2±4,0 мг/сек, или до 163,1% от контроля (p<0,05).

В экспериментах, выполненных на ДМ, сила сокращения была равна 335,2±93,4 мг, скорость – 25,6±5,60 мг/сек. После действия АТФ сила сокращения возросла до 426,2±110,0 мг, что составило 126,8% от контроля (p<0,001). Скорость сокращения также увеличилась до 47,8±8,0 мг/сек, или до 187% от контроля (p<0,01).

Заключение. Анализ результатов собственных исследований, а также литературные данные позволяют предположить, что изменения показателей сокращения мышцы, вызванные АТФ определяются, в первую очередь, его влиянием на холиноопосредованные процессы возбуждения мембраны мышечных волокон. Однако, разнонаправленность изменений силовых характеристик у исследованных мышц указывает на различия, существующие в механизмах реализации сократительного ответа фенотипически разных мышц как в норме, так и в различных моделях экспериментальной патологии.

ПЕРИОДИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ: ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Саитов Л.Н.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., асс. Дунаев П.Д.

Периодическая болезнь (ПБ) — наследственное аутосомно-рецессивное заболевание, характеризующееся короткими рекуррентными приступами лихорадки, сопровождающимися болями в животе, грудной клетке, артритом, перитонитом, иногда рожистым воспалением кожи. ПБ имеет этническую принадлежность и наиболее часто встречается у евреев-сефардов, армян, арабов, греков, турков, народов Кавказа, отсюда другие названия заболевания – семейная средиземноморская лихорадка, еврейская болезнь, армянская болезнь. Патогенез ПБ остается до конца не изученным, связи с этим цель настоящей работы – на основании литературных данных сформулировать современные представления о его механизмах.

Показано, что в основе ПБ лежит мутация в гене белка пирин (16-й хромосома). Пирин — белок первичных гранул нейтрофилов, активно участвующий в регуляции процессов воспаления. Считается, что пирин стимулирует выработку противовоспалительных медиаторов, позволяет контролировать хемотаксис, стабилизирует мембрану гранулоцитов. Нарушение структуры этого белка приводит к повышению выработки лейкоцитами медиаторов воспаления, активации их микротубулярного аппарата, активации молекул адгезии и усиленному хемотаксису лейкоцитов, результатом чего является развитие повреждения тканей. Осложнением ПБ является развитие амилоидоза (преимущественно почек).

ПБ протекает в виде приступов. Раздражение медиаторами воспаления чувствительных нервных окончаний приводит к развитию болевого синдрома, а воздействие большого количества эндогенных пирогенов на центр терморегуляции — к развитию лихорадки.

При периодической болезни основой терапии является назначение колхицина. Колхицин обладает антимитотическим эффектом в отношении амилоидобластов и макрофагов, а также стабилизирует мембрану нейтрофилов, препятствуя выбросу медиаторов воспаления.

ПАТОГЕНЕЗ АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Козлов В. И.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., асс. Дунаев П.Д.

Распространенность аутоиммунных заболеваний в мире неуклонно растет и на сегодняшний день достигает 3% от общей численности населения. В связи с этим цель настоящей работы – на основании литературных данных сформулировать современные представления о патогенезе данных состояний.

Аутоиммунные заболевания (АЗ) — это класс разнородных по клиническим проявлениям заболеваний, развивающихся вследствие патологической выработки аутоиммунных антител или размножения аутоагрессивных клонов киллерных клеток против здоровых, нормальных тканей организма, приводящих к повреждению и разрушению нормальных тканей и к развитию аутоиммунного воспаления. Различают органоспецифические и системные аутоиммунные заболевания. К органоспецифическим относятся заболевания при которых патологический процесс сосредоточен в одном органе (аутоиммунные эндокринопатии, миастения гравис, рассеянный склероз и др.). Системные заболевания характеризуются постепенным вовлечением в аутоиммунный процесс новых тканей и органов (например, системная красная волчанка).

Существует четкая зависимость механизмов развития АЗ от географической распространенности, возраста дебюта, частоты системных проявлений и рецидивов, специфичности поражения определенного органа или системы. Патогенез АЗ остается до конца не изученным. Показано, что АЗ развиваются при нарушении распознавания собственных антигенов CD4+Т-хелперами, которые активируют выработку специфических цитотоксических аутоантител и цитокинов (ФНО-альфа, ИЛ-1, ИЛ-2). Цитокины являются медиаторами иммунного ответа, стимулируют фибробласты и эндотелиальные клетки к избыточной выработке коллагена и гликозаминогликанов, которые, соединяясь с белками, образуют протеогликаны, способные связывать воду и вызывать отек и повреждение тканей.

В настоящее время для лечения АЗ применяется иммуносупрессивная терапия, которая включает назначение глюкокортикостероидов, цитостатиков или плазмафереза.

ПАТОГЕНЕЗ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Андреева А. Г.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., асс. Дунаев П.Д.

Продemonстрировано, что, примерно, в каждом пятом случае беременность заканчивается выкидышем. Роль иммунологических нарушений в невынашивании беременности составляет не более – 10%. Тем не менее, их патогенез остаются до конца не изученным. В связи с этим цель настоящей работы – на основании литературных данных сформулировать современные представления о механизмах развития иммунологических нарушений, возникающих при беременности.

К патологии беременности, возникающей вследствие нарушений иммунных механизмов относят: невынашивание беременности, преэклампсию, аллоиммунизацию и аутоиммунные заболевания беременных.

В настоящее время удалось установить роль аутоантител в патогенезе невынашивания беременности. К патогенетически значимым аутоантителам относят антитела к кардиолипину и натифосфолипидные антитела.

Преэклампсия – тяжелая форма позднего токсикоза беременности, которая выражается высоким артериальным давлением. Она ограничивает поступление кислорода и питательных веществ к плоду. Кроме того, она влияет на состояние печени, почек и головного мозга матери. Преэклампсия обычно развивается во время первой беременности, повторная беременность сопровождается меньшим риском развития данного состояния. Это обусловлено предварительной сенсibilизацией организма матери к антигенам HLA, экспрессированным на поверхности клеток трофобласта во время предыдущей беременности.

При попадании в системный кровоток матери эритроцитов плода возможна аллоиммунизация (сенсibilизация) ее организма к антигенам плода. В данном случае может возникнуть гемолитическая болезнь новорожденного (при условии если мать – Rh-негативная, а плод Rh-позитивный).

Развитие аутоиммунных заболеваний во время беременности может затрагивать как организм матери, так и организм плода. Подобные заболевания могут быть следствием синтеза аутоантител (IgG), которые циркулируют в крови и могут преодолевать плацентарный барьер.

МЕХАНИЗМЫ ИЗМЕНЕНИЯ СОКРАТИТЕЛЬНЫХ СВОЙСТВ ИНТАКТНОЙ И ДЕНЕРВИРОВАННОЙ МЫШЦЫ

Камалетдинов А.Р., Никитин М.А.
Казанский государственный медицинский университет
Руководители - к.м.н., ст. преп. Фархутдинов А.М., к.б.н., доц. Теплов А.Ю.

Денервация как одна из форм нарушения нейротрофического контроля мышцы приводит к изменениям ее структурных и функциональных характеристик. В многочисленных работах по изучению влияния денервации на сократительные свойства скелетных мышц сокращение мышцы инициируется электрическим импульсом.

Цель. Исследовать влияние АТФ на сократительную функцию иннервированной и денервированной мышцы – длинного разгибателя пальцев мыши *in vitro*.

Материалы и методы. Эксперименты выполняли на мышцах обоего пола. Перерезку седалищного нерва производили под общим наркозом. В эксперимент животные забивались на 28 день после операции. Сократительные свойства длинного разгибателя пальцев оценивались *in vitro* в изометрическом режиме. Сокращение мышцы инициировали агонистом – карбахолином. Параметры сокращения мышцы на карбахолин регистрировались до (контроль) и после (опыт) трехминутной инкубации ее с АТФ (1x10-4M).

Результаты. В контрольной группе (до инкубации с АТФ) сила сокращения длинного разгибателя пальцев составляла 75,2±19,5 мг, скорость – 17,9±3,1 мг/с для интактной и 729, 3±63,3 мг и 112,2±38,2 мг/с для денервированной мышцы.

В опытной группе (после инкубации с АТФ) сила сокращения иннервированной мышцы уменьшилась до 52,4±11,0 мг (p<0,05), что составило 69,7%, скорость сокращения напротив, увеличилась до 29,2±4,0 мг/с (p<0,05) и составила 163,1%. У денервированного длинного разгибателя пальцев сила сокращения повышалась до 878,0±42,7 мг (p<0,05) и составила 120,4%, скорость сокращения также увеличилась до 146,7±37,7 мг/с (p<0,05), что составляло 130,7%.

Заключение. Причинами изменений сократительных характеристик мышц после денервации являются изменения электромеханического сопряжения и белков сократительного аппарата. Полученные данные свидетельствуют, что моторная денервация способна существенно изменять потенцирующий эффект экзогенного АТФ на постсинаптическую мембрану мышечных волокон. Обсуждается гипотеза о роли АТФ в качестве эндогенного модулятора синаптической передачи.

ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯ – ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Луппова Р.П.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Зубаирова Л.Д.

В настоящее время помимо традиционных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) особое внимание уделяется изучению гипергомоцистеинемии (ГГЦ). Многолетние эпидемиологические и экспериментальные исследования подтвердили, что ГГЦ является независимым фактором риска развития ССЗ.

Цель исследования: Анализ экспериментальных и клинических работ, посвященных выявлению роли ГГЦ в патогенезе сосудистых расстройств.

Объект и методы исследования: Проведенный анализ отечественной и зарубежной литературы показал, что ГГЦ, развивающаяся в результате нарушенного метаболизма гомоцистеина (ГЦ), оказывает цитотоксическое влияние на эндотелий и сопровождается формированием гиперкоагуляционного состояния, что, в свою очередь является патогенетическим фактором сердечно-сосудистых патологий.

В нормальных условиях гомоцистеин метаболизируется в ходе двух реакций: транссульфурирования и реметилирования. Нормальное содержание ГЦ в крови

составляет 5—15 мкмоль/л. Основными причинами развития ГГЦ являются полиморфизм генов, участвующих в метаболизме метилентетрагидрофолатредуктазы и цистатион-β-синтетазы; пищевая недостаточность фолиевой кислоты, витаминов В ряда, курение, алкоголизм, а также прием оральных контрацептивов и лечение циклоспорином и антиконвульсантами.

Высокий уровень ГЦ вызывает эндотелиальную дисфункцию, которая заключается в нарушении выработки и биодоступности мощного вазодилатора NO через оксидативный стресс или повышенный уровень асимметричного диметиларгинина.

Потеря эндотелием барьерных свойств усиливает проницаемость сосудистой стенки для богатых холестерином липопротеидов и макрофагов, что является основой для развития атеросклеротических изменений в интиме сосуда.

Причинно-следственные связи убедительно продемонстрированы в экспериментальных моделях, когда индукция ГГЦ, через некоторое время, приводило к формированию классических признаков атеросклероза: нарушение вазодилатации, утолщение интимы, увеличение числа пенистых клеток, пролиферация гладкомышечных клеток, повреждение эндотелия сосудов.

Результаты и выводы:

Многочисленные экспериментальные исследования показали линейную зависимость между риском развития ССЗ и ГЦ. До 40% пациентов с диагнозом преждевременная ИБС, заболеваниями периферических сосудов, артериальными и венозными тромбозами, тромбоэмболией легочной артерии страдают ГГЦ. Из этого следует, что ГГЦ является независимым фактором развития ССЗ. Однако для решения вопроса эффективности снижения уровня ГЦ с целью предотвращения развития ССЗ необходимы дальнейшие исследования.

СУРФАКТАНТ И ВОДНЫЙ БАЛАНС ЛЕГКИХ ПРИ ИЗМЕНЕНИИ АКТИВНОСТИ ГАМКЕРГИЧЕСКОЙ МЕДИАТОРНОЙ СИСТЕМЫ МОЗГА.

Турдыева Р.М., Ходыкин Е.А., Краснова И.М.

Ижевская государственная медицинская академия

Руководители - д.м.н., доц. Лукина С.А., к.м.н., доц. Тимофеева М.Р.

Исследованиями последних лет установлено, что в патогенезе дизрегуляторной патологии, вызванной черепно-мозговой травмой, органическими поражениями мозга, существенное значение принадлежит дисбалансу медиаторных систем, особенно нарушению ГАМКергической активности. При этом одним из проявлений висцеропатий является развитие дистресс-синдрома и формирование дыхательной недостаточности. Учитывая тесную взаимосвязь газообменной и негазообменных функций легких, целью исследования явилось изучение состояния сурфактанта и водного баланса легочной ткани в условиях активации ГАМКергической системы мозга. Эксперимент выполнен на контрольных (n=15) и опытных (n=9) крысах-самцах. Опытным животным по стереотаксическим координатам атласа мозга через канюлю вводили в боковой желудочек ГАМК в дозе 40 нмоль в 1мл 0,9% раствора натрия хлорида, контрольным животным интрацеребрально вводили 1мл физиологического раствора. На 14 день эксперимента исследовали водный баланс легких, оценивая органное кровенаполнение, общую и экстраваскулярную жидкость гравиметрическим методом. Определяли состав сурфактанта легких, оценивая содержание фосфолипидов и холестерина в бронхо-альвеолярных смывах, рассчитывали индекс фосфолипиды/холестерин, определяли поверхностную активность сурфактанта методом Вильгельми, о катаболизме выстилающего комплекса альвеол судили по фагоцитарному индексу альвеолярных макрофагов и фагоцитарному числу. Было установлено, что в результате активации ГАМКергической системы наблюдалось уменьшение содержания фосфолипидов и холестерина в составе сурфактанта (p<0,01), без изменения индекса фосфолипиды/холестерин, с повышением активности альвеолярных макрофагов (увеличение фагоцитарного числа (p<0,001)), участвующих в катаболизме компонентов выстилающего комплекса. Изменение метаболизма липидов сурфактанта сопровождалось понижением поверхностной активности смывов (p<0,01). При этом кровенаполнение легких значительно возросло (p<0,01), содержание общей и экстраваскулярной жидкости не изменилось. Таким образом, установлено, что в условиях стимуляции ГАМКергической системы мозга изменяется метаболизм липидов сурфактанта с понижением его поверхностной активности.

УЛЬТРАСТРУКТУРА ГЕМОКАПИЛЯРОВ ЛЕГКИХ ПРИ ДЕЙСТВИИ МОЛЕКУЛ СРЕДНЕЙ МАССЫ

Мохсин М.М.

Ивано-Франковский национальный медицинский институт

Руководитель - к.м.н., асс. Герасымчук М.Р.

В течении последних лет было установлено, что при разных критических состояниях (шок, острая и хроническая почечная недостаточность) в крови и других биологических жидкостях организма резко увеличивается содержимое молекул средней массы (МСМ).

Цель работы заключалась в изучении в динамике субмикроскопических изменений гемокapилляров легких при действии МСМ уремической природы.

Исследования проводились на 30 белых крысах-самцах массой 120-220 г., которым внутрибрюшинно вводили растворенный изотоническим раствором натрия хлорида лиофилизат ультрафильтрата плазмы крови детей с хронической почечной недостаточностью, которая содержит МСМ в дозе ЛД 50. Сбор легочной ткани для электронно-микроскопического исследования проводили под гексеналовым наркозом через 1 час, 3 часа, 16 часов, после введения МСМ. Кусочки легочной ткани фиксировали в 2,5% растворе глутаральдегида со следующей дофиксацией в 1% растворе четырехоксида осмия. После дегидратации материал заливали в эпон-аралдит. Срезы, полученные на ультрамикротоме <<LKB, - III>> изучали в электронном микроскопе <<Hitachi-HU- 12>>.

Проведенный анализ результатов субмикроскопического исследования показал, что в ранние сроки эксперимента (1-3 часа) просвет многих гемокapилляров легких сужен в результате отека эндотелия и агрегации форменных элементов крови. В цитоплазме эндотелиальных клеток наблюдалось большое количество как малых, так и больших везикул. Последние часто сливались между собой, образуя большую вакуолю. Ядра эндотелиоцитов увеличены в размерах с кариоплазмой низкой электронной плотности. Перинуклеарное пространство расширено. Митохондрии с просветленным матриксом с одиночными фрагментируемыми кристами. Цистерны и каналцы аппарата Гольджи и гранулярной эндоплазматической сетки расширены. Базальная мембрана легочных гемокapилляров утолщена с нечеткими контурами.

С увеличением срока исследования (16 часов) во многих эндотелиоцитах отмечалась дезорганизация и дезинтеграция внутриклеточных структур. В отдельных участках гемокapилляров наблюдалось нарушение целостности мембран эндотелиоцитов и их десквамация в просвет сосудов с обнажением базальной мембраны.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о токсичном влиянии молекул средней массы уремической природы на легочные гемокapилляры.

СОСТОЯНИЕ КОМПОНЕНТОВ АЭРОГЕМАТИЧЕСКОГО БАРЬЕРА ЛЕГКИХ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ОСТРОМ L-АРГИНИН ИНДУЦИРУЕМОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Черкасова В.В.
Ивано-франковский национальный медицинский институт
Руководитель - д.м.н., проф. Заяц Л.М.

На сегодняшний день известно, что в развитии заболеваний бронхолегочной системы важная роль принадлежит морфофункциональному состоянию аэрогематического барьера (АГБ).

Цель работы заключалась в изучении субмикроскопических изменений составных элементов АГБ при экспериментальном остром L- аргинин индуцируемом панкреатите.

Материалы и методы исследования. Эксперименты выполнены на 40 белых крысах-самцах массой 180-220г. Острый экспериментальный панкреатит воссоздавали двумя внутрибрюшинными инъекциями 20% раствора L- аргинина в суммарной дозе 5 г/кг с часовым интервалом. Сбор легочной ткани для электронно-микроскопического исследования проводили под кетаминным наркозом через 12, 24, 48 часов. Материал фиксировали в 2,5% растворе глутаральдегида со следующей фиксацией в 1% растворе четырехоксида осмия. После дегидратации материал заливали в эпон-аралдит. Срезы, полученные на ультрамикротоме "Tesla BS, - 490" изучали в электронном микроскопе "ПЕМ-125К".

Проведенные электронно-микроскопические исследования показали, что уже в течение первых 12 часов эксперимента наблюдаются изменения ультраструктурной организации компонентов АГБ. В альвеолярном эпителии и эндотелии гемокапилляров отмечается повышенное количество микропиноцитозных волдырьков, особенно выраженное в периферических отделах альвеолоцитов I типа и эндотелиоцитов. Митохондрии данных клеток и альвеолоцитов II типа с матриксом слабой электронно-оптической плотности с дезорганизованными кристами. Цистерны и каналцы аппарата Гольджи и гранулярной эндоплазматической сетки умеренно расширены. Базальные мембраны альвеолоцитов I, II типов и эндотелиоцитов локально утолщены.

С увеличением срока исследования (24-48 часов) в компонентах воздушно-кровяного барьера наблюдаются дистрофические и деструктивные изменения, которые проявляются дезорганизацией структурных элементов альвеолярного эпителия и эндотелиоцитов.

Таким образом, проведенные исследования показали, что острый L- аргинин индуцируемый панкреатит сопровождается выраженными изменениями ультраструктурной организации компонентов аэрогематического барьера.

ГИПЕРКОАГУЛЯЦИОННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ – ФАКТОР РИСКА ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ.

Гарнышева А.А., Тюгаева Э.А.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Зубаирова Л.Д.

Цель: провести анализ современных экспериментальных и клинических работ по исследованию механизмов гиперкоагуляции при беременности и их патогенетической роли в тромботических осложнениях.

Методы: обзор литературы по указанной теме

Актуальность: Состояние системы гемостаза определяет течение и исход беременности для матери и плода. В последние годы отмечается значительное число публикаций, указывающих на большую роль тромбофилических осложнений в привычном не вынашивании, внутриутробной гибели плода.

Результаты: Организм беременной женщины готовится к большим кровопотерям во время родов, поэтому в нем происходит изменение функционирования системы гемостаза. К настоящему времени выявлено, что развитие физиологической беременности сопровождается нарастающей гиперкоагуляцией. Уровень тромбоцитов при неосложненном течении беременности остается практически неизменным, однако происходит повышение их активности.

При беременности наблюдается возрастание коагулянтного потенциала, отмечено возрастание всех факторов свертывания за исключением фактора XI и XIII. Увеличение уровня фибриногена начинается с 3-го месяца беременности и несмотря на увеличение объема циркулирующей плазмы уровень фибриногена в конце беременности увеличивается не менее чем в два раза по сравнению с небеременным состоянием. Коагуляционный потенциал крови возрастает еще в связи с тем, что снижается уровень антитромбина III, протеин С повышается в основном в послеродовом периоде, а протеин S снижен при беременности и значительно снижен после родов. Выявлено также снижение фибринолиза в конце беременности и в процессе родов. В раннем послеродовом периоде активность фибринолиза возвращается к норме.

Грозным осложнением гиперкоагуляции является тромбообразование в концевых отделах спиральных артерий, что приводит к ишемии миометрия и невынашиванию беременности.

Исследования последних лет показали, что у пациенток с привычным невынашиванием беременности часто обнаруживают один или несколько генетических факторов тромбофилии.

МИКРОЛИМФОЦИРКУЛЯЦИЯ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ СУБФЕБРИЛИТЕТЕ И ЕЕ КОРРЕКЦИЯ ПЕРФТОРАНОМ

Каримов Д.В.
Казанский государственный медицинский институт
Руководитель - д.м.н., проф. Мухутдинова Ф.И.

Вклад внутренней лимфатической помпы (фазных сокращений, работы клапанов лимфатических микрососудов) в регуляцию транспорта лимфы при субфебрилитете не выяснен. Кроме того, весьма актуален поиск лекарственных средств, корректирующих изменения в лимфатической системе и поддерживающих лимфатический ресетинг и лимфостат при различных заболеваниях. Эксперименты выполнены на белых крысах массой 200-230 г. Для воспроизведения субфебрилитета однократно вводили полный адьювант Фрейнда (ПАФ) в подушечки обеих задних лапок в дозе 0,15 мл на животное. В условиях витальной микроскопии исследовали параметры микролимофоциркуляции ЛМ брыжейки тонкой кишки. Данные обработаны статистически с использованием параметрического t критерия Стьюдента. Исследования показали, что при ПАФ-индуцированном субфебрилитете регистрировалось урежение вазомоций до $5,75 \pm 0,87$ в мин по сравнению с $8,10 \pm 1,03$ у крыс, получавших апиригенный раствор ($p < 0,001$). При этом динамики в сокращении створок клапанов не наблюдалось. Одновременно появлялись групповые и периодические вазомоции, эритроциты в просвете ЛМ, имели место множественные перилимфатические кровоизлияния и экстравазаты. Как у контрольных крыс, так и при субфебрилитете инъекция перфторана вызывала активацию деятельности

компонентов лимфангиона ЛМ. Так, частота вазомоций у интактных крыс возросла на 82,1% ($p < 0,001$), а створок клапанов – на 75,1% ($p < 0,001$). Влияние препарата на микролимфоциркуляцию при субфебрилитете было более выраженным: частоты сокращений створок клапанов возросла на 75,1% ($p < 0,001$), а вазомоций – более чем вдвое ($p < 0,001$). Таким образом, при субфебрилитете перфторан, стимулируя сократительную активность миоцитов стенки и створок клапанов ЛМ, обладает, прежде всего, прямым лимфотропным эффектом и, тем самым, оказывает протективное действие на лимфообращение. Активация деятельности компонентов лимфангиона ЛМ, по-видимому, обусловлена кислородтранспортной функцией препарата и устранением возникающей при субфебрилитете гипоксии.

АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ У ДЕТЕЙ

Демидова Ю. П.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., ст. преп. Галлямов Р.М.**

По классификации Джелла и Кумбса выделяют 4 типа аллергических реакций. На основе классификации с использованием литературы и данных эпидемиологических исследований был проведен обзор современного состояния детской аллергии как прогрессирующей патологии.

Аллергические реакции I типа. Посредством такого механизма реализуются пищевая аллергия, атопический дерматит. В отечественной и зарубежной литературе проблеме атопического дерматита посвящены сотни монографий. Несмотря на столь пристальное внимание, следует констатировать рост числа больных.

Аллергические реакции II типа. По этому механизму развивается гемолитическая болезнь новорожденных. Гемолитическая болезнь новорожденных на сегодняшний день диагностируется у 0,6% новорожденных, это составляет около 10000 новорожденных в России ежегодно.

Аллергические реакции III типа. Иммунокомплексные реакции лежат в основе геморрагического васкулита и сывороточной болезни. Развитию сывороточной болезни у детей способствует повторное и курсовое лечение одним и тем же препаратом.

Аллергические реакции IV типа. К реакциям этого типа относится контактный дерматит, инфекционно-аллергические бронхиальная астма и ринит.

Стремительный рост распространенности аллергических болезней в развитых странах мира за последние десятилетия частично можно объяснить воздействием экологических загрязнителей. У младенцев с высоким риском развития аллергии имелись очевидные свидетельства влияния родительского курения на уровни IgE сыворотки с рождения до 3 лет жизни: концентрации IgE были выше у детей из курящей семьи.

В Европе главным источником загрязнения воздуха являются частицы во взвешях. Исследование посещения больницы детей с повторными обострениями аллергий, свидетельствует, что автомобильное загрязнение воздуха, особенно рядом с домом, где проживает ребенок, влияет на клинические проявления и степень тяжести заболевания у таких детей.

Заключение. Курение увеличивает риск развития аллергии. Есть доказательства повышения риска развития аллергических заболеваний у ребенка из-за контакта раздражителями.

ПАТОГЕНЕЗ АФС

Зайнутдинов Р.А., Ганиятова Р.Р.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Зубаирова Л.Д.**

Антифосфолипидный синдром представляет большой клинический интерес в различных областях медицины, так как его проявления очень многообразны. Это артериальные и венозные тромбозы, невынашивание беременности, сочетающиеся с повторными положительными тестами на антифосфолипидные антитела (аФЛ) и/или волчаночный антикоагулянт (ВА); эпизодические неврологические расстройства: ишемические нарушения мозгового кровообращения, мигрень, синдром, имитирующий рассеянный склероз (СРС), снижение памяти, эпилептический синдром; тромбоцитопения, артериальная гипертензия, кардио- и нефропатии.

Целью нашего исследования является анализ современной литературы по патогенезу развития АФС, так как истинная распространенность АФС в популяции до сих пор неизвестна. Поскольку синтез аФЛ возможен и в норме, низкий уровень антител нередко встречается в крови здоровых людей.

АФС – невоспалительная тромботическая васкулопатия аутоиммунной природы с эпизодами артериального или венозного тромбоза, аФЛ является серологическим маркером своеобразного симптомокомплекса, а также важным «патогенетическим» медиатором, вызывающим развитие основных клинических проявлений АФС.

АФС вначале был описан, как вариант системной красной волчанки (СКВ). Тем не менее очень скоро было показано, что АФС может развиваться при других аутоиммунных ревматических и неревматических заболеваниях, злокачественных новообразованиях, на фоне инфекций и приема ряда лекарственных препаратов. Более того, оказалось, что связь между гиперпродукцией аФЛ и тромботическими нарушениями имеет более универсальный характер и может наблюдаться в отсутствие достоверных клинических и серологических признаков СКВ или какого-либо другого заболевания. Это послужило основанием для введения термина первичный АФС.

Причина АФС, течение, тяжесть и распространенность тромботических осложнений непредсказуемы, так как заболевание имеет множество проявлений. В своем докладе мы постараемся раскрыть причину того или иного заболевания, развившегося в результате появления аФЛ.

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ОРГАНОВ - ОЧЕРЕДЬ ЗА ЖИЗНЬЮ

Горустович Я. Ю.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., ст. преп. Галлямов Р.М.

Пересадка органов и ткани находится в центре внимания современной медицины. В современной трансплантологии в большинстве случаев используются органы и ткани человека. Для успешного проведения операций необходимы иммунодепрессивные средства.

Антипролиферативные препараты - наиболее традиционные иммуносупрессивные препараты действуют как вещества, ухудшающие пролиферацию лимфоцитов. К таким препаратам относятся антиметаболиты, алкилирующие вещества, токсичные антибиотики и радиоизотопы. Они подавляют весь иммунный ответ за счет предотвращения дифференцировки и деления иммунокомпетентных клеток после их встречи с антигеном. Пуриновый аналог азатиоприн (имуран) — препарат с цитотоксическим и цитостатическим действием. Циклоспорины угнетают синтез интерлейкина-2.

FK506 - антибиотик из группы макролидов. Он угнетает продукцию интерлейкина-2, интерлейкина-3 и интерферона- γ , но не подавляет гемопоэз.

Иммуносупрессия за счет уменьшения числа лимфоцитов (кортикостероиды). Стероиды угнетают способность макрофагов секретировать интерлейкин-1 и повреждают многие типы клеток, участвующих в отторжении трансплантата. Стероиды угнетают хемотаксис и фагоцитоз, как макрофагов, так и нейтрофилов. Они применяются в сочетании с другими препаратами.

Антилимфоцитарный глобулин. Гетерологичные антилимфоцитарные глобулины продуцируются, когда лимфоциты из периферической крови, лимфатических узлов вводятся в кровь животным других видов. Выработанные антитела – поликлональны и поэтому реагируют с целым рядом эпитопов введенных лимфоцитов различных типов. Действие гетерологичных поликлональных антилимфоцитарных глобулинов против Т-лимфоцитов. Моноклональные для контроля за реакцией отторжения. Их прототип – моноклональные антитела против антигена CD3. Функция Т-лимфоцитов угнетается.

Трансплантология прошла большой путь от первых, не всегда удачных экспериментов, до настоящего времени, когда спасены тысячи людей. Трансплантация стала действенным методом лечения тяжелых заболеваний жизненно важных органов.

КЛЕТочНЫЕ МАРКЕРЫ ЛЕГОЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ РАЗЛИТОМ ПЕРИТОНИТЕ

Герасымчук М.Р.
Ивано-франковский национальный медицинский институт
Руководитель - д.м.н., проф. Заяц Л.М.

Проблема легочного повреждения при остром разлитом перитоните разной этиологии актуальна, так как смертность при этом составляет 20-92,8% в зависимости от стадии заболевания, а в дальнейшем синдрома полиорганной дисфункции на фоне эндемной интоксикации и иммунодефицита, без видимой тенденции к снижению.

Цель. Установить основные маркеры легочного повреждения при остром разлитом перитоните.

Материалы и методы. Исследование выполнено на 78 белых крысах самцах массой 180-230 г, распределенных на 3 группы: 1-интактная (n=10), 2-контрольная (n=10), 3-с моделью калового перитонита (n=58). В крови и бронхоальвеолярном смыве определяли фагоцитарную активность нейтрофилов, а также оксидазную микробицидность - по данным НСТ-теста. Рассчитывали разницу лейкоцитов в венозной и артериальной крови и предложенный нами коэффициент легочной регуляции по лейкоцитам по разработанной формуле: $(B-A)/B \times 100 \%$, где А – кол-во лейкоцитов в артериальной крови, В – кол-во лейкоцитов в венозной крови (патент Украины №71009). Определяли Wet/Dry индексы легких через 1, 12, 24 и 48 часов. Полученные данные оценивали с помощью модулей программы Statistica 6.

Результаты и их обсуждение. С первого часа эксперимента в 3-ей опытной группе определялось двукратное увеличение коэффициента легочной за лейкоцитами, который прогрессивно возрастал к 48ч, несмотря на лейкопению через 24ч.

В течение первых 12ч увеличивалась фагоцитарная активность нейтрофилов как в крови так и в легочном смыве параллельно с результатами НСТ-теста, но в дальнейшем определяли снижение показателей.

Wet/Dry индексы увеличивались статистически вероятно более 15% после 12ч эксперимента.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют об резком угнетении клеточной системы антиинфекционной защиты уже с первого часа эксперимента. Ранним маркером повреждения легких выступает коэффициент легочной регуляции по лейкоцитам.

ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ МАТЕРИ И ПЛОДА

Порфирьева Н.Н.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., ст. преп. Галлямов Р.М.

Иммунологические взаимоотношения организмов матери и плода в процессе беременности изучаются на протяжении многих лет. Но только в последние годы, благодаря прогрессу в области иммунологии, этим вопросам дано научное обоснование.

Иммунологические процессы при беременности в определенной мере исключительны: с одной стороны, в результате иммунологических взаимоотношений в организме матери вырабатываются иммунные факторы, обеспечивающие защиту и рост плода, с другой - активные иммунные тела материнского организма могут вызвать повреждение внутриутробного плода. Проникновение в организм матери любых элементов тканей плода, имеющих индивидуальные специфические антигены, побуждает ее иммунную систему к продукции антител на данные антигены, которые через плацентарный барьер могут попадать в кровоток плода. Наиболее часто встречается изоиммунизация к эритроцитам плода. Важнейшая система эритроцитарных антигенов - система резус (Rh), которая представлена рядом аллелей D, C, E. Rh- кровь также имеет особые антигенные свойства, в ней обнаружен фактор Hg, имеющий три разновидности - d, c, e. В развитии иммунологического конфликта между материнским организмом и организмом плода основное значение имеет фактор D. Также важной системой антигенов эритроцитов следует считать систему ABO. Антигены данной системы начинают формироваться у плода на ранних стадиях эмбрионального развития. Вследствие несовместимости организмов матери и плода по эритроцитарным антигенам развивается гемолитическая болезнь плода и новорожденного.

Антигенными свойствами отличаются лейкоциты. Установлено, что в лейкоцитах присутствуют антигены системы ABO, MN, "Mac", HLA. HLA-антигены являются основным компонентом комплекса гистосовместимости.

Тромбоциты также имеют сложный антигенный состав. Так например, если у матери тромбоцитопения ее антитела разрушают тромбоциты плода и новорожденного. В тромбоцитах представлены антигены систем HLA, PL, Ko и др.

Весьма интересен и антигенный состав сывороточных белков. В настоящее время достаточно подробно изучены аллоантигенные системы иммуноглобулинов: Gm, Ipv, Isf. Продолжается изучение антигенного спектра плазмы крови. Таким образом, как клеточные, так и плазменные компоненты крови человека имеют сложную антигенную структуру, знание которых необходимы для предотвращения конфликта между матерью и плодом.

МЕХАНИЗМЫ ДОЛГОЛЕТИЯ ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА

Бикова Р.Р.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., ст. преп. Галлямов Р.М.**

«Как достичь долголетия?» - актуальная для человечества проблема. Наука о механизмах старения человеческого организма - геронтология, которая объясняет процесс старения человека. И получается следующее: природа дает всему живому на Земле одинаковые по продолжительности гены жизни. Но, срок жизни у всех разный.

Старение человека - это биологический процесс постепенной деградации частей и систем тела человека и последствия этого процесса.

Факторы, ограничивающие продолжительность жизни организма, включая несчастные случаи, голод, но только старение является пока неустранимой «внутренней» причиной. Старение протекает с разными скоростями у разных видов. Старение - комплексный процесс взаимодействия генов и среды, регулируемый стрессом, метаболическими факторами, а также защитными системами на уровне клетки, ткани и организма. Изменение активности определенных генов, наблюдаемое при старении, может быть ответом на случайные повреждения и ошибки (повреждения ДНК) или отражать побочные плейотропные (множественные) эффекты генов. Исследователи надеются увеличить продолжительность жизни. Например, рассчитывают на омоложение тканей с помощью стволовых клеток, замену органов (искусственными органами) или химическими и другими методами (антиоксиданты, гормональная терапия), которые бы оказывали влияние на молекулярный ремонт клеток организма. Борьба со старением, предполагает питание сбалансированными для человека по составу, питательными бульонами подобно лабораторным штаммам и полное очищение организма человека от любых иных организмов и вирусов.

Механизм долголетия заложен в организме человека уже природой, и ему предписано поститься.

На уровне индивидуума увеличение продолжительности жизни возможно за счет правильной диеты, физических упражнений и избегания потенциально токсичных факторов, таких как курение. Но, все эти факторы направлены не на преодоление старения, а только «случайной» смертности.

Итак: Движение и здоровый образ жизни - залог долголетия. Стрессоустойчивость - это способность человека выдерживать стрессовые нагрузки без негативных последствий. Эмоции - положительные.

В заключение, пример главного долгожителя планеты, китаец Ли Цинъюнь, прожил 256 лет! На вопрос, о секрете долголетия он ответил: «Удерживайте тише сердце, сидите как черепаха, идите бодрым подобно голубю и спит»

МЕХАНИЗМЫ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ

Вагизова Г.Х.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Мухутдинова Ф.И.**

Цель: определение составляющих механизма метастазирования. Методы: теоретический анализ литературы, сравнительный анализ. Результат. Метастазирование - образование вторичных очагов опухолевого роста в результате распространения клеток из первичного очага в другие ткани. Перенос опухолевых клеток за пределы первичного очага протекает в четыре этапа. I этап - инвазия опухолевыми клетками окружающих структур. В механизме ее формирования ведущую роль играет изменение адгезивных свойств опухолевых клеток (уменьшение количества десмосом, активный синтез белка в свободных рибосомах, обеднение тканей кальцием), изменение физико-химических свойств мембран клетки с утечкой лизосомальных ферментов, повышение подвижности опухолевых клеток (вследствие высокого отрицательного поверхностного потенциала, образования псевдоподий, секреции избыточного количества актомиозина). Существенна и роль механических факторов: давление растущей опухоли на периферические опухолевые клетки и отрыв последних, отрыв опухолевых клеток током крови и продукция опухолью ангиогенного фактора. II этап - стадия транспортировки (клеточная эмболия). Это - циркуляция опухолевых клеток в крови и лимфе. Содержание опухолевых клеток в сосудистом русле определяется, по меньшей мере, тремя факторами: интенсивностью выхода их из первичного очага, эффективностью антибластомных механизмов, действующих на циркулирующие клетки и степенью задержки в органах и тканях, служащих местом развития метастазов. В сосудистом русле помимо транспортировки, осуществляется своего рода клиренс патологически измененных клеток, некоторая часть которых погибает. III этап - имплантация. Происходит задержка опухолевых клеток у интимы сосуда, формирование вокруг них тромба с последующим изменением сосудистой проницаемости в области фиксации (вторичный фибринолиз, пенетрация клетки через стенку сосуда). IV этап - экстравазкулярный рост. К факторам, способствующими метастазированию, относят активацию парасимпатической нервной системы с последующим расширением сосудов, что облегчает процесс, стимуляцию лимфообразования и лимфотока и др. Заключение: метастазирование - основной критерий злокачественности опухоли. Именно наличие метастазов делает, зачастую, полное излечение от злокачественной опухоли невозможным.

ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ КОАГУЛЯЦИИ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОСТРАНСТВЕННОГО РОСТА ФИБРИНОВОГО СГУСТКА

Сабинова Д. Р.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Зубаирова Л.Д.**

Актуальность. Нарушение свертывания крови возникают при сепсисе, травмах, тяжелых кровопотерях, любых существенных оперативных вмешательствах и являются одной из ведущих причин смертности. Диагностика этих нарушений до сих пор остается несовершенной. Недостатком большинства существующих методов оценки гемостаза является то, что свертывание протекает во всем объеме исследуемой пробы, что принципиально отличается от условий, в которых свертывание крови инициируется в живом организме в месте повреждения стенки сосуда или появления клеток, экспонирующих тканевый фактор.

Цель: Освоение методики постановки теста пространственного роста фибринового сгустка.

Задачи:

1. Изучение устройства прибора.
2. Выполнение пробных исследований плазмы пациентов с потенциальной гипер- и гипокоагуляцией при различных патологических состояниях.
3. Сравнение рутинных методов диагностики гемостаза с методом анализа пространственной динамики свертывания.

Основная часть. Уникальность метода пространственной динамики заключается в высокой чувствительности к гиперкоагуляционным состояниям различного генеза. В измерительной кювете имитируется локальное повреждение стенки сосуда. При повреждении стенки сосуда в кровь экспонируется тканевый фактор. Контакт крови с тканевым фактором в измерительной кювете достигается за счет того, что на одной из стенок кюветы находится иммобилизованный тромбопластин. Появление и пространственный рост сгустка от активатора регистрируется по светорассеянию методом темного поля. При этом можно измерять такие важные характеристики процесса как скорость роста, размер сгустка, образование спонтанных сгустков- информации, которая недоступна гомогенным методам. Это позволяет одновременно и независимо регистрировать нарушения на всех стадиях процесса.

Выводы. Благодаря регистрации пространственной динамики свертывания крови, более достоверно воспроизводит процесс, происходящий *in vivo*. При этом учитываются процессы распространения гемостатического сгустка. Привнесение пространственных соображений в плазменный гемостаз приводит к существенному пересмотру представлений о его регуляции.

ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОМИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ЛЕГКИХ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Кищук Б.Н., Дикий С.А.
Ивано-франковский национальный медицинский институт
Руководитель - д.м.н., проф. Заяц Л.М.

Сахарный диабет (СД) занимает одно из самых важных мест среди эндокринных заболеваний. Основной фактор развития органических осложнений при СД – ангиопатия. Основой ее патогенеза является развитие вазоконстрикции, что ведет к нарушению микроциркуляции и трофики органов-мишеней. В литературе мало данных о влиянии СД на функцию респираторной системы.

Цель исследования: изучить ультраструктурные изменения легочных гемокапилляров при экспериментальном сахарном диабете I типа.

Материалы и методы: исследование проводилось на 40 белых крысах-самцах массой 180-220г. СД воспроизводили путем внутрибрюшинного введения стрептозотоцина фирмы «Sigma» (США) в количестве 60 мг/кг массы тела. Развитие заболевания контролировали по увеличению в крови животных уровня глюкозы, в пределах 10-15 ммоль/л. Забор легочной ткани для электронномикроскопического исследования проводили через 6 недель после введения стрептозотоцина. Кусочки легочной ткани фиксировали в 2,5% растворе глутаральдегида с последующей дофиксацией в 1% растворе четырехоксида осмия. После дегидратации материал заливали в эпон-аралдит. Срезы, полученные с помощью ультратома «Tesla BS-490», изучали в электронном микроскопе «ПЭС-125 К».

Электронномикроскопический анализ показал, что эндотелиоциты гемокапилляра отечны. На люминальной поверхности плазмолемы последних наблюдаются парусообразные выпячивания. В цитоплазме наблюдаются единичные вакуоли. Ядерная нуклеолема эндотелиоцитов с инвагинациями. Митохондрии набухшие с матриксом слабой электроннооптической плотности. Компоненты эндоплазматической сети расширены. Количество рибосом на их мембранах уменьшено. Составляющие аппарата Гольджи отечны. Кроме обычных органелл в клетках обнаруживаются тельца Вейбеля-Паладе. Базальная мембрана утолщена. В гемокапиллярах определяется агрегация форменных элементов, образование эритроцитарных сладжей и тромболейкоцитарных агрегатов, что приводит к сужению микрососудов и нарушению кровотока.

Полученные результаты исследования показали, что стрептозотоциновый диабет сопровождается выраженными нарушениями легочной гемомикроциркуляции. Необратимый дистрофический процесс в аэрогематическом барьере ухудшает течение сахарного диабета.

МЕХАНИЗМЫ РЕАКТИВНОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Ахметвалиева А.А., Дияров А.И.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., ст. преп. Галлямов Р.М.

По данным Всемирной организации здравоохранения от 4 до 10% людей во всем мире страдает бронхиальной астмой.

Целью нашего исследования является изучение реактивности дыхательных путей при бронхиальной астме, для того чтобы понять ее патогенез, разработать методы профилактики данного заболевания. Актуальность нашей проблемы весьма велика. Во всем мире наблюдается рост аллергических заболеваний, в том числе бронхиальной астмы. Этот рост связывают с загрязнением окружающей среды, малоактивным образом жизни. Согласно проведенному анализу заболеваемости в Европе, в Австрии за последние годы заболеваемость среди детей увеличилась в 4 раза, в Италии выросла с 7 до 13%. По этой причине мы решили провести данное исследование.

Методом нашего исследования является литературный обзор. Использовались различные научные источники. Основными предрасполагающими к развитию бронхиальной астмы факторами в настоящее время считают: наследственность, атопию и гиперреактивность бронхов. Гиперреактивность бронхов-это повышенная реакция бронхов на раздражающее воздействие, при этом возможно развитие бронхоспазма. Существуют различные причинные факторы, которые приводят к гиперреактивности бронхов. Под влиянием этих факторов происходит реализация предрасполагающих факторов и развивается бронхиальная астма. К причинным факторам относятся аллергены, а именно бытовые, эпидермальные, инсектные, пыльцевые, грибковые, бактериальные, вирусные, пищевые, лекарственные, профессиональные. Согласно современным представлениям морфологической основой бронхиальной астмы является хроническое воспаление бронхиальной стенки с повышением количества активированных эозинофилов, тучных клеток, Т-лимфоцитов в слизистой оболочке бронхов, утолщением базальной мембраны и последующим развитием субэпителиального фиброза. Вследствие этих воспалительных изменений развивается гиперреактивность бронхов и бронхообструктивный синдром.

Исходя из вышесказанного, можно понять, что патогенез бронхиальной астмы сложен. Дальнейшее изучение этой проблемы будет способствовать выявлению новых механизмов развития бронхиальной астмы, что позволит снизить уровень заболеваемости, а также разработать современные методы профилактики данного заболевания.

ПОВЫШЕНИЕ АКТИВНОСТИ ПОЛИ(АДФ-РИБОЗА)-ПОЛИМЕРАЗ В УСЛОВИЯХ НОКДАУНА БЕЛКА PML

Рамазанов Б.Р.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Бойчук С.В.**

Белок промиелолейкоза (PML) является одним из многофункциональных белков ядра, принимающим участие в транскрипции генов, противовирусном ответе, онкогенезе, клеточном старении, регуляции апоптоза и репарации ДНК. В пользу противоопухолевой активности белка PML также свидетельствуют данные о том, что снижение экспрессии вследствие повышенной протеасом-зависимой деградации белка PML часто коррелирует с повышенной пролиферацией опухолевого клона и неблагоприятным течением злокачественных новообразований. Роль белка PML как опухолевого супрессора была впервые описана у больных острым промиелолейкозом (ОПЛ). Помимо факта реципроктной хромосомной транслокации при ОПЛ, снижение уровня экспрессии PML была выявлено при многих типах злокачественных новообразований.

Цель. Исследовать активность поли(АДФ-рибоза)-полимераз в условиях пониженной экспрессии белка PML.

Методы. Исследование проводили на фибробластах человека линии VJ, культивированных в среде DMEM/199 с добавлением эмбриональной телячьей сыворотки, глутамина и антибиотиков. Снижения уровня экспрессии белка PML достигали в результате трансфекции кнРНК. Для индукции повреждений ДНК использовали химиопрепараты (доксорубин и гидроксимочевину) и ионизирующее излучение. Образование двуниевых разрывов ДНК, их репарацию, а также активность поли(АДФ-рибоза)-полимеразы оценивали методами иммуноблоттинга и иммунофлюоресценции.

Результаты. Нокдаун белка PML в фибробластах человека сопровождался повышением активности поли(АДФ-рибоза)-полимеразы, о чём свидетельствовало увеличение уровня экспрессии полимеров. В условиях нокдауна белка PML и повреждений ДНК, вызываемых химиопрепаратами и ионизирующим излучением, происходило значительное увеличение уровня экспрессии полимеров, а также их фокального распределения.

Вывод. Увеличение активности поли(АДФ-рибоза)-полимеразы в условиях нокдауна PML и воздействия факторов, повреждающих ДНК, свидетельствует о развитии компенсаторной реакции в условиях несостоятельности процессов гомологичной рекомбинации; обнаруженный феномен позволяет расширить спектр злокачественных новообразований, потенциально восприимчивых к терапии ингибиторами поли(АДФ-рибоза)-полимеразы.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ СВЯЗЬ МЕХАНИЗМОВ ВОСПАЛЕНИЯ И СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА

Бариева А.М., Ибатуллина Г.И.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Зубаирова Л.Д.**

Цель: провести анализ литературных данных о патогенетической связи механизмов воспаления и гемостаза.

Результат: на основании анализа данных литературы пришли к выводу, что провоспалительная система и система гемостаза неразрывно связаны между собой. Воспаление инициирует свертывание, понижает активность антикоагуляционного механизма и вредит фибринолитической системе, так же цитокины воспаления являются наиболее важными медиаторами, вовлеченными в коагуляционную активацию. Кроме того компоненты антикоагуляционной системы минимизируют дисфункцию эндотелиальных клеток, превращая клетки в менее чувствительные к медиаторам воспаления, облегчает нейтрализацию некоторых медиаторов воспаления и уменьшает гибель барьерных эндотелиальных клеток.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

АВТОМАТИЗИРОВАННАЯ СИСТЕМА УПРАВЛЕНИЯ ДОКУМЕНТООБОРОТОМ УНИВЕРСИТЕТСКОЙ КЛИНИКИ

Григорьев П.Е., Гадиев Д.Р., Оленчук А.В.

Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского

Ведение документального учёта является необходимой составляющей функционирования любого медицинского учреждения. Заполнение различных форм, историй болезни, протоколов исследований, отчетов занимает большую долю рабочего времени сотрудников, что обуславливает необходимость внедрения автоматизированных систем (АС) в медицинские учреждения.

В работе медицинского учреждения используются электронные устройства, функционирующие на различных аппаратных и программных платформах. Поэтому возникает необходимость в разработке платформонезависимой АС, например, по клиент-серверной архитектуре, где в качестве программы-клиента выступает браузер. Принимая во внимание сложную структуру АС с множеством взаимосвязанных функциональных модулей, разработка системы «с нуля» нецелесообразна, поскольку затратна и сопряжена с неизбежными ошибками проектирования. Более эффективным решением является использование программных каркасов – фреймворков. Для медицинских информационных систем с циклическим документооборотом оптимальным является решение, реализуемое с помощью системы/фреймворка управления контентом Dgupal с открытым исходным кодом, в его разработке принимает участие мировое сообщество программистов, что обеспечивает надежность и экономичность.

Объектами автоматизации АС являются процессы, выполняемые в структурных подразделениях клиники. Для кросс-платформенной и клиент-серверной АС Drupal устанавливается на сервере, на котором развернуто необходимое программное обеспечение: web-сервер Apache, СУБД MySQL; создана база данных для информационной системы.

Сущность, стоящая во главе АС – электронная карта пациента; при этом разные роли, обладающие соответствующими правами доступа, могут обращаться только к определенным аспектам этой сущности. В системе предусмотрены разные типы рабочих мест (ролей), каждое из которых имеет свои права доступа: медсестра (регистратура), врач (с учетом специализации), медсестра (лаборатория), и т.д.

Drupal предоставляет возможность настраивать отображение и жестко разграничивать права доступа для каждого поля согласно ролям, что реализует политику безопасности.

Модуль Views позволяет в визуальном интерфейсе формировать запрос к базам данных, обеспечивать вывод на печать сложных форм согласно требуемым стандартам, создавать экспертные системы, используя системы контекстуальных фильтров и различные типы связей.

Drupal можно расширять разнообразными модулями, которые позволяют, например, отслеживать оптимизировать движение машин скорой помощи; работать с мультимедийными данными, обеспечивая быструю интеграцию видео- и аудиоматериалов; создавать медицинские (и не только) дистанционные системы обучения.

АНАЛИЗ И ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ КУРЯЩИХ СТУДЕНТОВ В ВУЗАХ ГОРОДА САМАРЫ

Сергеев А.К.

Самарский государственный медицинский университет

Руководитель - д.м.н., проф. Березин И.И.

Важность решения проблемы курения в нашей стране из года в год остается значимой, так как эта пагубная привычка охватывает существенное число людей. Особенно актуальна эта проблема для школьников и студентов, то есть самых незащищенных с социальной и психологической стороны представителей нашего общества. Молодое поколение России переживает кризисную социально-психологическую ситуацию. Разрушены прежние, устаревшие, стереотипы поведения, нормативные и ценностные ориентации. Социальная адаптация современной молодежи происходит не целенаправленно, а хаотично и не рационально. Современные студенты, находясь под воздействием интенсивных и непрерывно возрастающих стрессовых ситуаций, не готовы к их преодолению и вследствие этого психоэмоционального напряжения возникают различные формы саморазрушающего поведения, в первую очередь курение, употребление алкоголя, наркотиков, а также других видов психоактивных веществ.

Нас заинтересовало, составление сравнительной характеристики распространения курения среди молодежи Самары, России и других стран мира, а также выявление влияния курения не только на здоровье молодого курящего человека, но и на его социальное и моральное и материальное состояние.

Целью работы стала разработка эффективных направлений профилактики курения, предложений и инициатив к нормам существующего законодательства на основе получения информации, показывающей реальную степень зависимости современной молодежи от курения

Задачи данного исследования - представить по возможности полную и достоверную характеристику этой проблемы среди студентов ВУЗов города Самары, а также влияние курения на различные стороны жизни общества путем проведения анкетирования по проблеме курения среди студентов пяти государственных университетов; анализ полученных данных; описание образа современного студента курильщика. При формулировке вопросов анкеты были сделаны акценты на раскрытие следующих элементов, составляющих сущность проблемы: распространенность и масштабы явления; когда и как начинают курить; влияние социально-экономической неустойчивости на начало курения; влияние группы и референтной группы; влияние факторов социокультурного уровня; отношение некурящих к курению; желание расстаться с привычкой.

При анализе результатов исследования, были сделаны следующие выводы. Гипотеза о том, что курение глубоко укоренилось среди современной молодежи, оказалось верной. Почти 28% опрошенных подвержены данной вредной привычке. Главной причиной начала курения является влияние окружающих. Выявлена группа студентов (36,2% от курящих), для которых курение не является физиологической необходимостью, и именно эта часть, скорее всего, сможет отказаться от курения при проведении активных оздоровительных мер. Также на эту группу большое влияние окажет отказ от курения окружающих. Выявлен основной возрастной период, когда начинают курить – 15-17 лет. Поэтому именно на подростков этого возраста следует обратить особое внимание и проводить специальные беседы. Достаточное внимание надо уделять и более младшим подросткам, чтобы предотвратить возможность начала курения. Как выяснилось, среди курильщиков количество людей употребляющих алкоголь (76,3%) гораздо выше, чем среди некурящих (62,4%). Успеваемости курящих студентов намного ниже успеваемости некурящих. Также в ходе исследования было замечено что в семьях где курит отец вероятность того что ребенок закурит, увеличивается в 2-3 раза. Как и предполагалось ранее, большинство респондентов высказали мысль о том, что основным негативным последствием этих привычек является вред здоровью.

Образ студента курильщика представляет собой не реально существующего студента, а модель, которая создана на основании результатов исследования, проведенного среди студентов ВУЗов города Самары. Все характеристики и особенности образа являются результатом усреднения данных исследования всех ВУЗов. Образ студента курильщика - это девушка, 1990 года рождения. Ее рост составляет 170 см. Весит 63 кг. Она регулярно употребляет алкоголь, учится на 3 и 4, живет в городе с родителями, не работает. У нее курит отец. Первый раз она пробовала курить в 14 лет, а постоянно пристрастилась к этой привычке с 15 лет, из-за любопытства и влияния компании в которой находилась. Выкуривает по 9 сигарет в день, затрачивая на это более 20 рублей. Пыталась бросить курить 4 раза. Бросила бы курить в ближайшем будущем, если бы перестали продавать марку ее любимых сигарет. Положительно относится к ограничению курения в общественных местах, но категорически против дискриминации курящих в оплате труда. Считает себя здоровой. Не подвержена гипокинезии – занимается танцами, выполняет легкоатлетические упражнения. Она относится к курящим людям нейтрально.

По результатам исследования в коллективах с наибольшей частотой курящих студентов был проведен комплекс мероприятий, направленных на снижение количества подверженных этой привычке. Прочитаны лекции, показан фильм, подготовлены и розданы буклеты о вреде курения, проведены: акция «Мы не курим» и митинг «Нет табачному дыму». Также были разработаны поправки в действующее законодательство Самарской области об ограничении курения табака.

МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ РЕАНИМАЦИОННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

Якупова А.Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Шакирова Л.З.

Динамика и нозологическая структура реанимационной помощи детям в условиях конкретного стационара может иметь свои особенности, что необходимо учитывать при принятии организационных решений. Для выявления приоритетных направлений совершенствования реанимационной помощи детям проведен анализ показателей работы отделения анестезиологии–реанимации (зав.отд. – Новиков Н.И.) ГАУЗ "Закамская детская больница с перинатальным центром" г.Набережные Челны (главный врач – Заслуженный врач РТ, к.м.н. Бакиров Р.Р.) в динамике трех лет (2009-11 гг).

В отделении ежегодно получают реанимационную помощь хирургического и соматического профиля более 500 детей. Отмечается довольно широкий нозологический спектр курированных больных, при этом отмечается рост абсолютного числа патологических состояний (с 115 до 131), связанных с воздействием внешних причин (отравления, травмы, несчастные случаи и прочие). Доля пациентов хирургического профиля среди них постепенно уменьшается (2009 г.- 10,8%, 2010 г.- 8,3%, 2011 г. – 6,3%), т.е. потребность в операционном лечении снижается. И наоборот, отмечается заметный рост числа отравлений у детей (84, 96 и 109 случаев в 2009, 2010, 2011 гг, соответственно), что в составило 73,0%, 76,2% и 83,2% среди всех пострадавших от внешних причин.

По литературным и статистическим данным ведущими причинами смертности детского населения в Республике Татарстан за 2004-2009 гг. являются именно травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин, а на 2-3 местах отдельные состояния в перинатальном периоде и врожденные аномалии. Следует отметить, что в отделении анестезиологии–реанимации ГАУЗ "Закамская детская больница с перинатальным центром" за 3 года не было ни одного летального исхода в случаях травм и отравлений, что свидетельствует о своевременности и высоком качестве оказанной медицинской помощи детям.

С целью оптимизации использования ресурсов, условий оказания реанимационной помощи, внесения корректив в материально-техническое и методическое обеспечение работы отделения, необходим более углубленный анализ возрастной и этиологической структуры отравлений у детей. Возможно, что проблема в большей степени обусловлена социальной сферой жизни, что требует отдельного изучения.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ.

Шаяхметова Р.Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Хузиханов Ф.В.

Особую тревожность государства и общества в последние десятилетия вызывает ухудшение состояния здоровья девушек-подростков, формирующих репродуктивный потенциал нации. Многочисленными исследованиями доказано, что современный на репродуктивное здоровье девушек-подростков неблагоприятно влияет современный процесс обучения в общеобразовательных учреждениях (Семятов С.М., 2009; Косолини, В.Ф., 2006).

В связи с актуальностью темы в г. Казани 2001-2003 гг. было проведено медико-социальное исследование репродуктивного здоровья девочек-подростков под руководством профессора Ф.В. Хузиханова. Было проведено скрининговое обследование 672 девочек-подростков в возрасте 12-16 лет, проживающих в г. Казани.

В 2011-2012 гг. нами было проведено повторное исследование. Было обследовано 283 девочек-подростков в возрасте 12-16 лет, обучающихся в общеобразовательных школах г.Казани.

Цель исследования: определение распространенности гинекологических заболеваний и проведение сравнительного анализа полученных данных с результатами исследования.

Методы исследования: социологический, статистический, математический.

Полученные данные фиксировались в картах мониторинга, составленных с учетом рекомендаций ВОЗ.

Выявление и определение частоты нозологических форм гинекологических заболеваний у девочек-подростков свидетельствует о необходимости разработки профилактических мероприятий с целью повышения репродуктивного здоровья девочек-подростков. Необходимо внедрить программы по усилению медико-социальной профилактики и мониторингу гинекологических заболеваний у девочек-подростков.

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Гатина Д.Н.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Хузиханов Ф.В.

Состояние физического развития и здоровья подростков является отражением благополучия социума на ближайшие 10-20 лет, именно поэтому изучение в динамике и многофакторная оценка развития ребенка в подростковом периоде так важны в оценке физического и репродуктивного здоровья следующего поколения.

Антропометрические данные и возраст полового созревания подростков весьма вариабельны и зависят от таких факторов, как климат, расовые и национальные особенности, полноценность питания, условия труда и быта, наличия соматических заболеваний. Общеизвестно, что в странах с неблагоприятными социальными условиями половое созревание происходит со значительным запозданием и частыми дисморфизмами. Не последнюю роль в формировании репродуктивной функции играют и экологические особенности окружающей среды.

В целях изучения влияния социально-гигиенических факторов на уровень и характер нарушений репродуктивной системы у девочек-подростков в 2001-2003 гг. в г.Казани профессором Ф.В. Хузихановым было проведено медико-социальное исследование. В программу сплошного скринингового обследования было включено 672 девочки-подростка в возрасте 12-16 лет.

В 2011-2012 гг. нами было проведено повторное исследование, целью которого явилось изучение влияния социально-гигиенических факторов на уровень и характер нарушений репродуктивной системы у девочек-подростков в динамике. Задачи настоящего исследования:

- 1) выявить силу влияния социально-гигиенических факторов на репродуктивное здоровье девочек-подростков;

2) изучить динамику изменения силы влияния в зависимости от времени.

Было обследовано 283 девочек-подростков в возрасте 12-16 лет, проживающих в г. Казани. Обследованные были разделены на 3 возрастные группы: 12 лет (79 чел.), 14 лет (99 чел.) и 16 лет (105 чел.).

Для оценки влияния факторов внешней среды и образа жизни, ведущих к формированию гинекологических заболеваний у подростков, нами был применен дисперсионный анализ – однофакторный комплекс для качественных признаков. Для этого мы подготовили 16 дисперсионных комплексов: неудовлетворительное материальное положение, неполная семья, неудовлетворительные жилищные условия, конфликты в семье, курение родителей, злоупотребление родителями алкоголем, музыкальная школа, факультативные занятия, ночной сон менее 8 часов, приготовление уроков более 2 часов, отсутствие прогулок, отсутствие спортивных занятий, нерациональное питание, проезд в общественном транспорте, отсутствие поливитаминов.

Результаты свидетельствуют о том, что влияние большинства факторов оказалось существенным, причем наиболее иерархически значимыми оказались легко устранимые факторы, а именно нерациональное питание и нарушение режима дня.

Сравнив данные настоящего исследования с данными, полученными профессором Ф.В. Хузихановым, мы выявили существенное изменение силы влияния тех или иных социально-гигиенических факторов в динамике, а именно усиление влияния факторов нерациональное питание и отсутствие регулярного приема поливитаминов, факультативные занятия в школе и кружки как фактор дополнительной интеллектуальной и физической нагрузки. Установлено достоверное различие в силе влияния социально-гигиенических факторов на уровень и характер нарушений репродуктивной системы у девочек-подростков между первым и вторым исследованием ($P < 0,001$).

Определение силы влияния того или иного неблагоприятного фактора позволит нам в дальнейшем определить алгоритм медико-социальной профилактики гинекологической заболеваемости у девочек-подростков.

Изучение динамики влияния социально-гигиенических факторов показывает, что сила влияния различных факторов со временем меняется. Таким образом, факторы необходимо постоянно изучать, проводить мониторинг для целенаправленной организации и проведения профилактических мероприятий по снижению нарушений формирования и заболеваний репродуктивной сферы у девочек-подростков.

МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Гинятулина Р.И.

**Самарский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Сиротко М.Л.**

В течение последних десятилетий сахарный диабет становится все более распространенной патологией и к текущему моменту приобрел масштабы «неинфекционной эпидемии». Сахарный диабет может возникать в любом возрасте, для него характерны ранняя инвалидизация и высокая смертность, что ставит его в ряд заболеваний с высокой социальной значимостью.

Цель нашей научной работы – проведение оценки качества жизни больных сахарным диабетом. Нами было проведено исследование на базе отделения эндокринологии ГКБ № 6 г. Самары. Всего было обследовано 60 человек, страдающих сахарным диабетом. В группу контроля вошли 20 человек из пациентов и сотрудников отделения, не имеющих в анамнезе данного заболевания. В качестве метода исследования использована русская валидизированная версия опросника MOS-SF36.

Полученные результаты пациентов с сахарным диабетом по всем шкалам опросника SF-36 оказались достоверно ниже ($p < 0,05$), чем у лиц в контрольной группе. У всех больных страдают жизненная активность и повседневная ролевая деятельность, которая, по их мнению, обусловлена ограничением физической активности и ухудшением эмоционального состояния. Проанализировав результаты опроса, мы выяснили, что больные сахарным диабетом 2 типа оценивают свое здоровье хуже, чем больные сахарным диабетом 1 типа по всем показателям, кроме общего состояния здоровья, ролевого и социального функционирования, которые примерно одинаковы. Анализируя возраст больных, мы обнаружили, что лучше себя чувствуют пациенты в возрасте от 18 до 30 лет и старше 70 лет, а хуже всего ощущают себя больные в возрасте от 50 до 70 лет. Проводя сравнительную оценку качества жизни по полу, мы узнали, что мужчины, по сравнению с женщинами, считают свое здоровьем лучшим по всем показателям, кроме социальной деятельности.

Оценка качества жизни пациентов является актуальной и малоизученной проблемой здравоохранения и все чаще стала применяться в практической медицине как критерий, который позволяет получить информацию о физическом, психоэмоциональном и социальном состоянии человека, что особенно важно при длительно текущих, хронических заболеваниях, в частности, сахарном диабете, для оценки эффективности применяемых методов лечения.

ОРГАНИЗАЦИЯ И ИТОГИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ СТУДЕНТОВ 1 КУРСА САМАРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Гранатова К.В.

**Самарский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Брылякова Л.И.**

Медицинские осмотры являются одним из методов изучения заболеваемости населения. В нашем университете медицинские осмотры проводятся ежегодно в соответствии с приказом ректора на базе межвузовского студенческого центра. Изучение состояния здоровья студентов первого курса 2012-2013 учебного года по данным медицинского осмотра явилось целью моей работы. В рамках цели были поставлены следующие задачи: изучить организацию и методику проведения медицинских осмотров; провести статистический анализ заболеваемости студентов первого курса 2012-2013 учебного года, провести сравнительный анализ итогов медосмотров предыдущих лет. Для статистической и аналитической обработки результатов осмотра проведена выкопировка сведений, зафиксированных в учетных статистических формах.

Анализ полученных данных показал, что осмотру подлежало 848 человек, осмотрено - 828 человек, из них - 237 юношей, 591 – девушка. Процент охвата медосмотром составил 97%, здоровых лиц выявлено 78 человек, патологическая пораженность студентов составила 179%. Среди выявленных заболеваний болезни органов глаз и его придаточного аппарата, занимают 1 место (30%), в структуре патологической пораженности органов зрения преобладает миопия; болезни органов дыхания, занимают 2 место (25%), в структуре патологической пораженности лидирует хронический тонзиллит; 3 место – болезни органов пищеварения (13%) и болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (12,8). Аналогичные результаты зафиксированы по итогам медосмотров предыдущих лет.

Таким образом, ежегодные медицинские осмотры в рамках планируемой с 2013 года масштабной диспансеризации населения необходимы, как для раннего выявления заболеваний, так и для того, чтобы не допустить прогрессирования имеющихся хронических заболеваний. Сведения о структуре патологической пораженности студентов используются специалистами студенческого медицинского центра для формирования комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий в университете и санитарно-просветительной работе по обучению студентов основам здорового образа жизни.

МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АБОРТОВ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Зеренкова А.И.

**Самарский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Сиротко М.Л.**

Низкий уровень рождаемости по-прежнему остается проблемой нашей области и страны в целом. Одной из составляющих причин такой ситуации являются аборты.

Цель работы – изучить распространенность абортов в Самарской области.

Задачи исследования: провести сравнительный анализ частоты абортов в Самарской области и в РФ; выявить динамику абортов за 2000-2009 гг.; проанализировать возрастной состав женщин; найти показатель соотношения частоты абортов и родов; провести социологический опрос 60 девушек в возрасте от 17 до 25 лет.

Методы исследования – статистический, эпидемиологический, социологический.

Полученные результаты:

- количество абортов в Самарской области выше среднероссийского показателя. За 2009 год в Самарской области проведено 23 620 абортов, в среднем по России - 20 980;

- динамика абортов по Самарской области за последние 10 лет в целом положительная: в среднем количество абортов уменьшалось на 2 500 - 3 000 случаев ежегодно;

- возрастная структура женщин, прервавших беременность: большинство женщин совершают аборт в самом репродуктивном возрасте (20-34 года). Наименьшее количество абортов совершаются в возрасте до 15 лет, категория женщин 35 лет и старше находится на втором месте;

- сравнение законченных случаев беременности и абортов: в 2000 году количество абортов превышало реальное число законченных случаев беременности почти в 1,5 раза (41 554 аборта на 24 375 родов), в дальнейшем динамика числа законченных случаев беременности стала положительной, достигнув отметки 31 543 к 2009 году, а динамика абортов снизилась и достигла отметки 23 620 случаев.

- по результатам социологического опроса, в случае нежелательной беременности альтернативой операционному аборту экстренную контрацепцию выбрали бы 63,3% из опрошенных; 80% считают, что на аборт в нашей стране не должно быть запрета, он должен быть официально разрешен, что соответствует действующему законодательству; 66,7% считают, что эта операция должна быть платной, в то время как 33,3% отметили, что на ее проведение должны предоставляться льготы.

Заключение. Полученные результаты рекомендуются учитывать при формировании и мониторинге региональной демографической программы.

К ВОПРОСУ ОБ ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВОМ РЕГУЛИРОВАНИИ НЕЗАКОННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В РОССИИ

Иванова М.В.

**Московская медицинская академия имени И.М.Сеченова
Руководитель - к.м.н., ст. преп. Боговская Е.А.**

Искусственное прерывание беременности является на сегодняшний день одной из острых проблем здравоохранения. Несмотря на либеральное законодательство в отношении искусственного прерывания беременности, количество незаконных абортов в России остается на высоком уровне.

Целью данного исследования является рассмотрение правовых основ незаконного прерывания беременности в РФ.

Методом исследования является структурно-правовой анализ законодательной базы, регулирующей искусственное прерывание беременности.

Регулирование искусственного прерывания беременности осуществляется Конституцией РФ, ФЗ РФ от 21.11.2011 г. N323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказом Минздравсоцразвития РФ от 3.12.2007 г. N736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности» и постановлением Правительства РФ от 11.08.2003 г. N485 «О перечне социальных показаний для искусственного прерывания беременности».

Статья 56 ФЗ РФ N323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» разрешает аборт по желанию женщины до 12 недель беременности, по социальным показаниям - до 22 недель, по медицинским показаниям - независимо от срока беременности.

Обязательным условием осуществления искусственного прерывания беременности является добровольное информированное согласие женщины. Женщина должна быть проинформирована о медицинских последствиях производства аборта. Для лиц моложе 15 лет необходимо согласие законного представителя. Искусственное прерывание беременности у совершеннолетней, признанной судом недееспособной, если она по своему состоянию не способна выразить свою волю, возможно по решению суда, принимаемому по заявлению ее законного представителя и с участием совершеннолетней, признанной в установленном законом порядке недееспособной.

К основным причинам незаконного аборта относится желание женщины скрыть беременность, часто из-за возраста беременной меньше 15 лет. Незаконное производство аборта - преступление, совершаемое с прямым умыслом, предусмотренное статьей 123 Уголовного Кодекса РФ.

Основным направлением в профилактике криминальных абортов может быть усиление медико-правовой информированности женщин репродуктивного возраста и медицинских работников.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ

Лунева И.Е.

**Московская медицинская академия имени И.М.Сеченова
Руководитель - к.м.н., ст. преп. Боговская Е.А.**

Цель исследования - изучение правовых основ с целью предотвращения случаев неправомерного разглашения врачебной тайны.

Метод исследования - правовой анализ.

Сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Сохранение врачебной тайны регулируется законом. Разглашением врачебной тайны является опубликование сведений, составляющих врачебную тайну, в средствах массовой информации, изложение в судебных характеристиках, выступлениях, а также сообщениях в любой форме хотя бы одному лицу. Законодательство устанавливает уголовную ответственность за разглашение врачебной тайны. Статья 137 УК РФ помещена в главу «Преступления против конституционных прав и свобод человека и гражданина», это указывает на особую защиту врачебной тайны со стороны закона. Однако, пункт 4 статьи 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" охватывает ряд причин, по которым информация о пациенте может быть разглашена без его разрешения: в целях проведения медицинского обследования и лечения гражданина, который в результате своего состояния не способен выразить свою волю; при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений; по запросу органов дознания и следствия, суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством, по запросу органа уголовно-исполнительной системы в связи с исполнением уголовного наказания и осуществлением контроля за поведением условно осужденного. Лица, которым стала известна информация, составляющая врачебную тайну, наравне с врачом несут ответственность за ее разглашение. Среди медицинского персонала вопросам сохранения врачебной тайны должно уделяться значительное внимание. До сих пор, исходя из того, что уровень знаний медицинского персонала по вопросам медицинского права невысок, существуют случаи неправомерного разглашения врачебной тайны. Соблюдение основных законодательных положений должно стать важнейшим принципом медицинской деятельности, приближающим российскую медицину к мировым стандартам.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ЗЕЛЕНОДОЛЬСКОЙ ЦРБ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Блохина М.В.

Казанский государственный медицинский университет

Развитие эндоскопической техники в последние десятилетия, основанное на применении волоконной оптики, позволило значительно расширить использование малоинвазивных инструментальных методов исследования в медицинской практике. В настоящее время эндоскопия получила достаточно широкое распространение как в диагностике, так и в лечении различных заболеваний.

Актуальными остаются вопросы прогнозирования потребности населения в эндоскопических исследованиях. Удовлетворение потребности населения в высококачественной медицинской помощи требует разработки и внедрения прогрессивных форм и методов организации работы отделения эндоскопии, рационального использования имеющихся материально-технических ресурсов и кадрового потенциала.

На основе изучения потребности населения в эндоскопических методах исследования, анализа и оценки работы службы эндоскопии выявлены проблемы и разработаны мероприятия по совершенствованию деятельности эндоскопического отделения Зеленодольской ЦРБ.

В 2011 г. сотрудниками отделения выполнено 37692,5 условных единиц исследований (по плану – 28297,5), что говорит о росте потребности населения в эндоскопических методах диагностики и лечения заболеваний и необходимости развития службы эндоскопии.

В отделении существует объективная потребность в моечном кабинете. Имеющийся кабинет площадью 8м² согласно СП 3.1.1275-03 «Профилактика инфекционных заболеваний при эндоскопических манипуляциях» от 03.04.2003 г. крайне недостаточен для проведения качественной дезинфекции эндоскопов.

Парк гибких эндоскопов составляет 21 аппаратов, выпущенных в 2008-2011 гг., из них 28% - видеоэндоскопы, что представляет собой достаточно большое количество единиц данного оборудования для районной больницы. Однако до сих пор отсутствуют автоматизированные машины для их обработки и шкафы для хранения оборудования. 94% опрошенных нами пациентов из-за больших очередей до одного часа времени тратят на ожидание приема врача - эндоскописта; все пациенты высказали пожелания о проведении эндоскопических исследований без выходных дней, а также в вечернее время - до 20.00.

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ГАУЗ "ЗЕЛЕНОДОЛЬСКАЯ ЦРБ"

Хабирова Р.Р.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., доц. Блохина М.В.**

Организационно-методическая работа (ОМР) определяется как совокупность действий и процессов, обеспечивающих деятельность отдельных структурных единиц и подразделений в рамках единой системы (организации), функционирующей на основе утвержденных технологий, методов и приёмов практического выполнения поставленных перед нею задач и достижения определённых целей.

ОМР является одним из основных направлений деятельности органов управления и учреждений здравоохранения, а также неотъемлемой частью системы управления региональным и муниципальным здравоохранением. В этих условиях чрезвычайно актуальной становится оценка её эффективности и результативности.

Целью работы явился поиск путей совершенствования ОМР на основании анализа и оценки деятельности организационно-методического отдела (ОМО) ГАУЗ «Зеленодольская ЦРБ». Нами выявлены следующие факторы, снижающие качество и эффективность ОМР больницы.

1. Низкая укомплектованность (20%) отдела врачами - статистиками, в связи с чем увеличивается средняя нагрузка на одного сотрудника. Решить эту проблему возможно путём заключения договоров между выпускниками факультета МВСО КГМУ и ГАУЗ «Зеленодольской ЦРБ» на оплату обучения в интернатуре с последующей отработкой специалиста в отделе не менее 5 лет.

2. Недостаточная обеспеченность ОМО оргтехникой и низкая компьютерная грамотность специалистов. Необходимо изыскать средства для обеспечения всех сотрудников отдела ПК с организацией их обучения технике владения современными компьютерными программами обработки информации.

3. Низкий уровень заработной платы, не зависящий от квалификации и личных результатов труда сотрудника. Данная проблема, возможно, решится путём введения в настоящее время новой системы оплаты труда и оценки деятельности сотрудников ОМО по индикативным показателям.

4. Недостаточное количество подготовленных и изданных за отчётный год инструктивно-методических материалов для руководителей и медицинского персонала ЛПУ, что связано с нехваткой кадров в ОМО и отсутствием должности врача – методиста.

МЕДИКО-СТАТИСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ МАРИ-ТУРЕКСКОГО РАЙОНА РЕСПУБЛИКИ МАРИЙ ЭЛ.

Николаев Т.Р.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - д.м.н., доц. Блохина М.В.

Актуальность проведённого исследования обусловлена тем, что статистическая оценка состояния здоровья населения Мари-Турекского района республики Марий Эл необходима для формирования правильной политики в сфере управления здравоохранением района, повышения эффективности деятельности всех учреждений здравоохранения, выполнения задач, установленных Законом Российской Федерации от 22 июля 1993 года № 5487-1 «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан».

Проанализировав основные показатели здоровья населения Мари-Турекского района республики Марий Эл, можно сделать следующие выводы:

1) в 2011 году население района уменьшилось на 486 человек, что связано как с механическим движением населения, так и с естественной убылью населения;

2) общий коэффициент смертности в 2011 году составил 14,38, что на 1,1‰ ниже, чем в 2009 году; детская смертность в 2011 году по сравнению с 2009 годом увеличилась на 3,45‰;

3) в структуре заболеваемости населения в 2011 году на первом месте стоят болезни органов дыхания – 242,2‰, что на 20,6‰ ниже, чем в 2009 году; на втором – болезни мочеполовой системы – 66,4‰, что на 8,6‰ выше, чем в 2009 году; на третьем – травмы, отравления и несчастные случаи – 58,3‰, что на 1,6‰ ниже, чем в 2009 году;

4) в структуре общей заболеваемости (распространённости) в 2011 году первое место занимают болезни органов дыхания – 264,39‰, что на 29,11‰ ниже, чем в 2009 году; второе – болезни системы кровообращения – 139,97‰, что на 1,87‰ ниже, чем в 2009 году; третье – болезни костно-мышечной системы – 98,46‰, что на 49,38‰ выше, чем в 2009 году;

5) в 2011 году уменьшилось число случаев и дней заболеваемости с временной утратой трудоспособности, а так же средняя длительность одного случая ЗВУТ;

6) число лиц, впервые признанных инвалидами сократилось;

7) первое место среди причин первичной инвалидности занимают болезни системы кровообращения, второе – злокачественные новообразования, третье – травмы и отравления.

ИЗУЧЕНИЕ ЗНАНИЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ОБЛАСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НА БАЗЕ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ №00

Хусаинова Д.Р.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., доц. Камалова Ф.М.

Одной из важнейших задач социальной политики на современном этапе развития общества является формирование здорового образа жизни населения (ЗОЖ). Ведущая роль в решении этой проблемы принадлежит медицинским работникам, которые являются не только носителями первичной информации о состоянии здоровья населения, но и единственными реальными лицами, которые могут дать рекомендации каждому пациенту лечебного учреждения по коррекции его здоровья.

Казанским государственным медицинским университетом совместно с Министерством здравоохранения РТ было проведено анкетирование врачей городской поликлиники №00 города Казани.

Целью исследования явилось выяснение уровня информированности врачей по вопросам сохранения здоровья, профилактики и возможности получения пациентами совета и профилактической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

В анкетировании приняли участие врачи различных специальностей. Анкета для опроса включала в себя несколько блоков: социально-гигиеническая характеристика врача, оценка знаний медицинской профилактики, оценка качества профилактической работы, выяснение необходимости информирования и вариантов получения знаний в области медицинской профилактики.

Оценка результатов анкетирования врачей показала достаточную осведомленность последних о принципах ЗОЖ. 87% опрошенных врачей поликлиник считают необходимым заниматься профилактической работой; 7% придерживаются противоположного мнения, у остальных оценка вопроса вызвала затруднения. Некоторые из респондентов считают, что информация о профилактике и ранней диагностике болезней доступна для пациента, а часть - не совсем доступной. Во всех поликлиниках достаточно часто проводятся врачебные конференции по профилактике заболеваний. Большее количество врачей знакомы с основными законодательными документами по профилактике заболеваний и знают о профилактических программах. Практически каждый врач отметил недостатки в организации профилактической работы в поликлинике.

ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОЕ ПАРТНЕРСТВО В СФЕРЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Нуриев Б.И.

Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Хузиханов Ф.В.

Цель моего доклада – представить новый взгляд на государственно-частное партнерство в сфере оказания медицинских услуг, заключающийся в интеграции бизнеса и государственного здравоохранения, создании симбиоза с обоюдной выгодой.

Ключевым элементом концепции является создание больницы, принадлежащей государству, но эксплуатируемой частными организациями, предпринимателями и просто врачами. Территория и здание находятся в собственности государства, организации являются арендаторами. Выгода для государства заключается в уменьшении затрат на содержание больницы, получение дополнительных доходов от аренды площадей и налогов с предпринимателей. Частные организации же становятся частью многопрофильной клиники, что является залогом привлечения большого числа клиентов, уменьшения затрат на рекламу, доступа к дорогостоящей аппаратуре, в итоге - повышения конкурентоспособности и прибыли.

Хочу отметить, что создание подобных центров не означает отказ от привычной бюджетной медицины. Большая часть населения России нуждается в бесплатной медицинской помощи, их финансовое состояние не позволяет пользоваться платными услугами, а значит, большая часть больниц должна работать через фонды обязательного медицинского страхования (ОМС).

Для повышения достоверности исследования, будет проведено социологическое исследование пациентов, врачей государственных и частных клиник.

ВЛИЯНИЕ ПИЩЕВОЙ БИЗНЕС-ИНДУСТРИИ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ОКИ И МАССОВЫМИ ПИЩЕВЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ

Сафандеев В.В.

Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Камалова Ф.М.

Вот уже 3 года как введен ФЗ от 26.12.2008 № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля». Федеральный закон от 28.04.2009 № 60-ФЗ ускорил на два месяца вступление его в силу. Согласно ему плановые проверки проводятся не чаще чем один раз в три года на основании ежегодных планов, разрабатываемых органами госконтроля (надзора), муниципального контроля. О проведении плановой проверки проверяемый уведомляется не позднее чем в течение трех рабочих дней до начала ее проведения.

Анализируя данные Федеральной Службы Государственной Статистики на 2012 год можно проследить тенденцию роста общей заболеваемости, существенную часть прогрессирования которой составляют отравления, в том числе химические и бытовые, и заболеваемость ОКИ. Как видно из данных Государственных докладов РФ и РТ за период 2002-2011 гг., до 2007 года сохранялась более ли менее стабильная тенденция (в РТ – от 254,9 до 302,5 на 100 тысяч населения; в РФ – от 425,3 до 440,1 на 100 тысяч населения). Начиная с 2008 года наблюдается неуклонный рост заболеваемости ОКИ как в РТ (от 296,8 до 340,8 на 100 тысяч населения), так и в РФ (от 474,3 до 572,8 на 100 тысяч населения). Некоторый спад отмечен лишь в 2011 году, но он явно выше средних показателей за период 2002-2007 гг.

В настоящее время доказано, микробная контаминация продуктов питания чаще происходит за пределами предприятия в процессе транспортировки, хранения и реализации, выявляются множественные факты нарушений условий хранения и реализации в рознице. Согласно данным на 2012 год, больший удельный вес в % отобранной продукции по численности микробной контаминации также приходится именно на торговые сети.

Всё это послужило основой для создания общественных организаций в области контроля за сроками годности, хранения и реализации пищевых продуктов, как элементе ЗОЖ. В Казани такими организациями являются «Гражданский патруль» и «ОДОП КГМУ». Согласно их данным, возросли количество пищевых отравлений, заболеваемость ОКИ, ухудшилось качество продуктов.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Куруптурсунов А.А.

Саратовский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., асс. Коваленко Е.В.

Актуальность темы: Суммарный экономический ущерб в России, связанный с оказанием медицинской помощи при болезнях системы кровообращения (БСК) прогрессивно увеличивается и составляет около 1 трлн. руб. в год.

Цель. Анализ заболеваемости БСК населения Саратовской области (СО).

Методы и материалы. Показатели заболеваемости БСК изучены по материалам Росстата, Министерства здравоохранения Российской Федерации (РФ), Министерства здравоохранения Саратовской области за период 2002-2011гг. Проведен сравнительный анализ показателей заболеваемости БСК по СО с аналогичными показателями по РФ и Приволжскому Федеральному округу (ПФО).

Результаты: Рост показателя общей заболеваемости БСК у детей (0-14 лет) СО в 2002-2011 гг. составил 25% (с 324 до 405 на 10 тыс. населения). В 2011 г региональный показатель превышал аналогичные по РФ (224 на 10 тыс. населения) и ПФО (319 на 10 тыс. населения). Рост общей заболеваемости БСК у подростков (15-17 лет) СО составил 21% (с 757 до 916 на 10 тыс. населения). В 2011 г показатель СО в 4 раза превышал общероссийский (224 на 10 тыс. населения) и почти в 3 раза по ПФО (319 на 10 тыс. населения). У взрослого населения СО выявлен самый значительный рост данного показателя - 73% (с 1750 до 3042 на 10 тыс. населения). В 2011 гг. региональный показатель превышал российский (2724 на 10 тыс. населения), но был ниже чем в ПФО (3083 на 10 тыс. населения).

Показатель первичной заболеваемости БСК у детей СО за 2002-2011гг. увеличился на 29% (с 113 до 146 на 10 тыс. населения) и в 2011г. превышал уровень по РФ (92 на 10 тыс. населения) и ПФО (119 на 10 тыс. населения). Первичная заболеваемость подростков СО БСК в 2002 -2011 гг. выросла на 25% (с 202 до 253 на 10 тыс. населения), взрослых – на 75% (с 214

до 375 на 10 тыс. населения). В 2011 г. показатель первичной заболеваемости взрослого населения СО превышал аналогичный по РФ (302 на 10 тыс. населения) и ПФО (320 на 10 тыс. населения).

Выводы: В Саратовской области за период 2002–2011гг. отмечался рост показателей общей и первичной заболеваемости БСК во всех возрастных группах населения. В 2011 году показатели заболеваемости БСК по СО превышали аналогичные по РФ и ПФО.

ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ КАЧЕСТВОМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

**Исмагилова З.М., Хабибуллина А.Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Камалова Ф.М.**

Одним из косвенных показателей уровня жизни населения является эффективность организации работы поликлиник и компетентность медицинского персонала.

Цель: изучение условий доступности и качества оказания медицинской помощи населению г.Казани

В ходе исследования был использован социологический метод (анкетирование) и статистическая обработка полученных результатов. Было опрошено 120 респондентов от 18 лет и старше, постившие МУЗ «Городская поликлиника №000».

Результаты:

В опросе приняли участие 61% женщин и 31,0% мужчин. Среди обратившихся преобладала возрастная группа 40 лет и старше с преобладающей категорией населения: пенсионеры (37,5%) и работающие (44,8%). Частыми причинами посещения поликлиники были заболевания (57,5%), консультации по направлению врача общей практики (29,4%), для выписки справок и прочие (13,1%).

Несмотря на то, что большинство пациентов имеют хронические заболевания (67,3%), обращаются в поликлинику 1 раз в год и реже. Часть пациентов (26,8%) была вынуждена обратиться в другие ЛПУ в связи с невозможностью получения медицинской помощи в данной поликлинике.

Ожидание очереди на приеме к врачу общей практики (в среднем 59 минут) к узким специалистам (17 мин), что вызывает претензии со стороны пациентов. 47,0% опрошенных отметили невнимательность персонала, нежелание проинформировать пациента о его заболевании и дать рекомендации.

Для дальнейшего повышения доступности и качества медицинской помощи, по мнению опрошенных, необходимо совершенствовать доступность (54,9%), результативность (17,2%), компетентность (14,8%) и этику медицинского персонала (6,6%).

Вывод: Данные социологического опроса показывают, что в поликлинике имеется ряд проблем, требующих дальнейшего анализа и принятия управленческих решений. Для повышения эффективности и качества работы поликлиники необходимо размещать информационные плакаты на ее территории, развивать у сотрудников этику в общении с пациентами. Многие аспекты работы поликлиники №000 требуют пересмотра и усовершенствования для достижения комплаентности проводимой врачом терапии и качества жизни населения.

УВЕЛИЧЕНИЕ СРЕДНЕЙ СТОИМОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ КОРЗИНЫ, КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ПОТРЕБНОСТИ В ЛЕКАРСТВЕННОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ НАСЕЛЕНИЯ

**Уразманова А.А.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., асс. Уразманов А.Р.**

По нашим данным объем рынка в ценах закупки аптек в декабре 2012г. увеличился на 10,5%. по сравнению с ноябрем. По итогам продаж за первый месяц зимы 2012г. рынок лекарств в натуральном выражении упал 7,3%, чем за аналогичный период 2011 года. Средняя стоимость упаковки лекарственного препарата в декабре 2012 г. по сравнению с ноябрем увеличилась на 3,0% и составила 100,5 руб.

По итогам 2012г. прирост к 2011г. равен 13,6%. При этом объем рынка в упаковках сократился на 0,8%, в течении декабря 2012 года цены в рублях выросли на 0,8%. В долларовом выражении индекс цен увеличился на 3%. Всего же с начала года инфляция цен на лекарства составила +6,0% в рублевом выражении и 8,6% в долларах США.

В декабре 2012г. по ценовым секторам изменилась несущественно по сравнению с аналогичным периодом 2011г. Продолжилось сокращение доли лекарств с ценовым диапазоном 50–150 руб./упак. (с 25,1% в декабре 2011г. до 23,6% в декабре 2012г.), на 2,1% увеличился удельный вес лекарств ценой от 150 до 500 руб. за упаковку (с 44,3% до 46,4%), препараты низкой ценовой группы (дешевле 50 руб./упак.) ослабили свои позиции, уменьшив долю лекарств с 9,1% до 8,3%. Лекарства ценой от 500 руб. за упаковку занимали по итогам первого месяца зимы 2012г. долю 21,8% коммерческого рынка, что на 0,4% больше, чем в декабре 2011г.

По итогам декабря 2012 г. 56% препаратов, реализованных на рынке, являлись отечественными (в натуральных единицах измерения), однако ввиду своей невысокой цены относительно импортных лекарств, в стоимостном выражении они занимают лишь 25%. В декабре 2011г. удельный вес российских препаратов в натуральных единицах составлял 59%, а вот доля в стоимостном объеме была также равна 24%.

По итогам декабря 2012 года рынок представлен на 49% рецептурными препаратами и на 51% безрецептурными. Рейтингом фирм по стоимостному объему продаж в декабре возглавила компания SANOFI, на втором месте ФАРСТАНДАРТ, на третьем — NOVARTIS. ТОП брендов ЛС по стоимостному объему продаж по итогам декабря 2012г. возглавил препарат Арбидол (1,23% от совокупных продаж); на втором месте Эссенциале (1,04%) и третьем месте Терафлю (0,84%).

Исходя из вышеперечисленного, становится ясно, что средняя стоимость покупки медикаментов составляет свыше 500 рублей, что позволяет судить о заинтересованности граждан в качественном лечении и заботе о своем здоровье, а также о комплексном подходе врача, выписки рецептов по той или иной патологии. Анализируя вышесказанное, можно утверждать, что потребность в лекарственном обеспечении населения неуклонно растет и движется к среднеевропейским показателям.

«ОЧЕРЕДНАЯ» ПРОБЛЕМА НА ПРИМЕРЕ МУЗ «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №00» ГОРОДА КАЗАНИ

Мунавирова А.А.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Камалова Ф.М.**

Амбулаторно-поликлиническая помощь — внебольничная медицинская помощь, оказываемая лицам, приходящим на прием к врачу, и на дому. Является наиболее массовой и общедоступной, имеет первостепенное значение для медпомощи населению. В этих учреждениях начинают и заканчивают лечение примерно 80 % всех больных и лишь 20 % больных подлежат госпитализации. Поэтому развитие амбулаторно-поликлинической помощи является одним из основных показателем доступности медицинских услуг системы здравоохранения. Основной проблемой до сих пор остается очередь к специалистам и как следствие неудовлетворенность качеством и доступностью медицинской помощи.

Цель: изучение уровня удовлетворенности доступностью медицинской помощи населению в городской поликлинике №00 г. Казани.

Материалы и методы: В ходе исследования был использован социологический метод (анкетирование) и статистическая обработка результатов, изучение статистической информации по данным прошлых лет. Была разработана специальная анкета для врачей и пациентов, содержащая по 12 вопросов открытого и закрытого типа. Объектом исследования явились обратившиеся за медицинской помощью в МУЗ «Городская помощь №00»; участковые терапевты и узкие специалисты – сотрудники МУЗ №00. Было опрошено 40 пациентов, посетивших МУЗ «Городская поликлиника №00», и 20 врачей в различных возрастных категориях.

Изучение показало, что, несмотря на модернизацию системы амбулаторно-поликлинической помощи, а также повышенное финансирование этой области, до сих пор удовлетворенность качеством и доступностью медицинской помощи находится на низком уровне. 56,1% опрошенных врачей и пациентов считают, что «очередь – это следствие неорганизованности работы в поликлинике в целом», тогда как 20% пациентов считают, что «очередь – следствие неорганизованности врача», а 35,7% врачей, что «очередь – это следствие неправильного поведения пациентов».

Данные социологического опроса показывают, что в поликлинике имеются ряд проблем, требующих прицельного наблюдения и решения. Возможно, некоторые из них да данный момент связаны с продолжающимся капитальным ремонтом помещений.

К ВОПРОСУ ОБ ОЦЕНКЕ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА РАЗВИТИЯ У ПЛОДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЛИЯНИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ

Марапов Д.И.

**Казанский государственный медицинский университет
Научные руководители – д.м.н., проф. Гильманов А.А., д.м.н., проф. Хасанов А.А.**

Врожденные пороки развития (ВПР) – являются одной из актуальных проблем здравоохранения в связи со сложной демографической обстановкой в России в целом и в Республике Татарстан в частности, в условиях распространения факторов риска, приобретающих глобальный характер, в том числе – промышленным загрязнением окружающей среды, увеличением числа стрессовых ситуаций, распространением вредных привычек и инфекционных заболеваний среди населения.

Цель данной работы – изучить значимость влияния вредных факторов на риск формирования ВПР у плода.

Материалом послужили данные обследования 405 беременных женщин, поделенных по признаку наличия ВПР у плода на две группы. В основную группу вошли 174 (43%) пациентки, у которых был диагностирован ВПР плода, группу контроля составила 231 (57%) женщина без признаков данной патологии. Для оценки влияния различных факторов на риск возникновения ВПР плода нами рассчитывался показатель отношения шансов (OR – odds ratio) с 95% доверительным интервалом (95% ДИ).

В результате проведенного исследования нами были определен перечень факторов, имеющих статистически значимую прямую связь с риском возникновения ВПР плода. В него вошли: прием алкогольных напитков (OR=5,56, 95% ДИ: 2,67-11,60), психологический стресс (OR=4,99, 95% ДИ: 3,24-7,69), инфекционный фактор (OR=4,84, 95% ДИ: 2,50-9,40), курение (OR=4,58, 95% ДИ: 2,44-8,98), поздний прием препаратов витаминов и микроэлементов (на сроке после 12 недель) (OR=2,64, 95% ДИ: 1,76-3,98), физические профессиональные факторы, в т.ч. радиация, шум, вибрация (OR=2,24, 95% ДИ: 1,06-4,74), незапланированность беременности (OR=2,18, 95% ДИ: 1,35-3,54), наличие в анамнезе онкологических заболеваний (OR=4,26, 95% ДИ: 1,52-11,97) и хронических воспалительных заболеваний (OR=2,05, 95% ДИ: 1,23-3,43), возраст женщины старше 35 лет (OR=2,01, 95% ДИ: 1,03-3,93).

Выводы: Определение факторов, оказывающих неблагоприятное влияние на внутриутробное развитие плода, является необходимым условием разработки программы совершенствования первичной профилактики ВПР в регионе. Реализация мероприятий по ограничению или предотвращению указанных факторов способна привести к значительному уменьшению частоты случаев ВПР среди новорожденных, что послужит улучшению показателей здоровья населения.

ОНКОЛОГИЯ

ЛИМФОГЕННОЕ МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ МЕЛАНОМЫ КОЖИ

Халиков Д.Д.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Ахметзянов Ф.Ш.**

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. 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), в то же время, по данным литературы, при прорастании метастазов капсулы ЛУ считается прогноз неблагоприятным.

Целью настоящего исследования является изучение частоты метастазирования меланомы кожи по степени инвазии первичной опухоли по Кларку для выработки объема оперативного вмешательства при данной патологии.

Изучена частота лимфогенного метастазирования меланомы кожи у 93 больных, леченных в Казанском горнокоддиспансере. По данным гистологического исследования у 5 пациентов (5,4%) был диагностирован I уровень инвазии (УИ), у 20 (21,5%) – II УИ, у 45 (48,4%) – III УИ, у 16 (17,2%) – IV УИ и у 7 пациентов (7,5%) – V УИ. При I и II УИ ЛД не выполнялась.

Выявлены метастазы в ЛУ у 26 из 45 больных с III УИ (58%), у 8 из 16 пациентов с IV УИ (50%) и у 5 из 7 пациентов с V УИ (71%).

Выводы. При III-V уровнях инвазии меланомы кожи следует выполнять профилактическую ЛД. Результаты лечения данной категории больных будут приведены в последующих публикациях.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЛЕГКОГО

Воронцова И.А.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - д.м.н., проф. 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 214 раков легкого (материал РКОД МЗ РТ).

Материалы и методы: на биопсийном материале проведена морфологическая диагностика новообразований легкого методом иммуногистохимии с использованием маркеров р63, ck7, ck5/6, TTF-1, напсин-А. Также проведен анализ результатов морфологической диагностики с целью выявления тех больных, которые подлежат таргетной терапии при аденокарциноме.

Результаты: в 2012 году 41% из всех случаев рака легкого составила аденокарцинома. Вид таргетной терапии (анти-EGFR или анти-ALK) аденокарциномы и ее эффективность напрямую зависит от наличия мутаций в гене рецептора эпидермального фактора роста (EGFR) или в гене киназы анапластической лимфомы (EML4 – ALK), которые были определены в 11 % случаев.

Вывод: аденокарцинома – часто диагностируемая опухоль с большими перспективами на лечение. Для более качественного подбора типа таргетной терапии требуется мультидисциплинарная диагностика.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КУРАЦИИ ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ.

Халиуллина Л.Р., Вагизова Г.Х.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - д.м.н., проф. Байкеев Р.Ф.

В России зарегистрировано более 2,5 миллиона онкологических больных, из них ежегодно умирает 300 тысяч человек. В РТ в 2010 году количество впервые выявленных случаев злокачественных новообразований достигло 13 084. Очевидно, что дальнейшее развитие службы требует кардинальных изменений подхода к проблеме. Объекты исследования: 78 пациентов со злокачественными опухолями, проходившие стационарное лечение в РОД РТ. Цель исследования: изучение эффективности курации пациентов со злокачественными образованиями хирургическим методом лечения. Методы исследования: статистический дескриптивный анализ, математическое моделирование. Результаты: А. Биологические параметры: 1.наследственность отягощена в 30% случаев. 2.на долю пациентов в возрасте >40 лет приходится 16% случаев. 3.на долю пациентов со II группой крови приходится 44% случаев. 4.на долю рака легких приходится 37,2% случаев. Б. Техническое обеспечение мониторинга курации пациентов, лабораторные анализы: биохимические анализы (билирубин, мочевины, креатинин, средние молекулы, тромбоциты, фибриноген). В. Профильные параметры: 1.профильные пациенты составляют 88,5%. 2.доля пациентов, начинающих получать квалифицированную помощь в стадии Т3-Т4, составляет 43,3%. 3. доля пациентов с выживаемостью 5 лет не превышает 20,5% случаев. Выводы. 1.пациенты, курируемые со злокачественными опухолями начинают получать помощь на поздних стадиях болезни в 43,3% случаев.2.адекватное математическое моделирование позволяет прогнозировать выживаемость пациентов со злокачественными новообразованиями в зависимости от вида лечения (хирургическое или хирургическое+химиотерапевтическое) в 52,3% случаев. 3.необходима разработка скрининговой технологии диагностики злокачественных опухолей, состоящей из двух этапов: I этап дифференциация «больной – здоровый», II этап «больной со злокачественной опухолью – больной с неопухольевым заболеванием», что будет способствовать повышению показателей пятилетней выживаемости.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КУРАЦИИ ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ.

Чибирева М.Д., Самигуллина А. Р.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - д.м.н., проф. Байкеев Р.Ф.

В 2011 г. в онкологических учреждениях России среди всех выявленных злокачественных новообразований 51,5% пациентов были пролечены по радикальной программе, радикальное лечение 10,6% опухолей не было закончено и должно было быть продолжено в 2012 г., а отношение числа опухолей, лечение которых закончено, к числу опухолей I-III стадии составило 72,0%. Цель исследования: изучить эффективность курации пациентов со злокачественными образованиями методом химиотерапии в РКОД РТ. Метод исследования: статистический дескриптивный анализ, математическое моделирование. Результаты: А. Биологические параметры: 1. наследственность не отягощена в 87,7% случаев. 2. на возраст старше 40 лет приходилось 54% случаев. 3. II группа крови встречалась в 49%. 4. доля рака яичников и шейки матки составила 48,6% случаев. Б. Техническое обеспечение мониторинга курации пациентов, лабораторные анализы: биохимические анализы (7 видов). В. Профильные параметры: 1. профильные пациенты составили 96%. 2. доля пациентов, начинающих получать квалифицированную помощь в ста-

дии Т3-Т4 составляет 78%. 3. химиотерапевтическое лечение получили 46,9%, в комбинации с хирургическим лечением 44,8%. 4. лучевая терапия использовалась в отношении 6,4% пациентов. 5. исключительно хирургическое лечение применялось в 1,9% случаев. 6. доля пациентов с выживаемостью 5 лет не превысило 13,6% случаев. Выводы: 1. Пациенты, курируемые со злокачественными опухолями, начинают получать помощь на поздних стадиях болезни в 78% случаев. 2. Проводимый комплекс мероприятий хирургического, химиотерапевтического, адъювантного лечения обеспечивает пятилетнюю выживаемость в 13% случаев. 3. Адекватный математический анализ позволяет прогнозировать пятилетнюю выживаемость в зависимости от вида химиотерапии в 86,4 % случаев. 4. Необходима разработка скрининговой технологии диагностики злокачественных опухолей, состоящей из двух этапов: I этап «больной – здоровый», II этап «больной со злокачественной опухолью – больной с незлокачественной опухолью», что будет способствовать повышению показателей пятилетней выживаемости.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ K-RAS МУТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Ратнер Е.Ю.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Гатауллин И.Г., Гордеев М.Г.**

В общей структуре онкологической заболеваемости отмечается характерная тенденция роста доли новообразований толстой кишки. Несмотря на относительную случайность мутагенеза в соматических тканях, охарактеризован ряд генов, мутации в которых связаны с развитием рака толстой кишки, одним из которых является ген K-RAS.

Цель исследования: Изучить частоту мутации в гене K-RAS у пациентов с колоректальным раком, проанализировать влияние мутации на патогенез и исход заболевания для совершенствования методов диагностики, лечения и прогнозирования течения рака толстой кишки у больных с K-RAS мутацией.

Материалы и методы исследования: В исследование включены 65 больных колоректальным раком, получивших комбинированное лечение в ГАУЗ Республиканском Клиническом Онкологическом Диспансере МЗ РТ. Для генетической части исследования использовали гистологически верифицированные образцы ткани толстой кишки, полученные в ходе эндоскопии или оперативного вмешательства.

Результаты исследования: У больных с мутацией чаще опухоль локализуется в анальном канале прямой кишки: 25% против 8% у больных с немутированным типом. Опухоли с диким типом K-RAS чаще локализуются в ампуле прямой кишки: 47% против 37% у больных с мутацией. У больных с K-RAS мутацией чаще выявляется низкодифференцированная аденокарцинома. Опухоли толстой кишки с мутантным типом K-RAS более склонны к формированию отдаленных метастазов в печень, чем опухоли с диким типом: 31% против 14% соответственно, и имеют множественный характер. После операции на кишке отдаленные метастазы чаще появляются при мутированном типе K-RAS: 50% против 37% при диком типе. Пациентам с мутированным типом K-RAS чаще проводилась ДЛТ и сочетание ДЛТ и полихимиотерапии, при этом лучшие результаты обнаружены при использовании химиотерапии по схеме FOLFIRI в сочетании с ДЛТ. Отдаленная выживаемость пациентов при мутированном типе K-RAS меньше, чем при диком, 19% умерших против 6% соответственно.

Заключение: Мутация в гене K-RAS является независимым значимым прогностическим фактором. Стоит включить возможность использования генетических маркеров в стандарт обследования больных колоректальным раком, оценки клинικο-морфологического течения и разработки более точных методов лечения, связанных с патогенетическими особенностями заболевания.

КОМПЛЕКСНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И МЕДИАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПУТЕМ СОЧЕТАНИЯ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ С РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИМИ ОПЕРАЦИЯМИ

Зайнуллина Д.Р.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., доц. Исмагилов А.Х., к.м.н., доц. Ванесян А.С.**

Введение: Рак молочной железы — одна из наиболее часто встречающихся форм злокачественных опухолей у женщин. К сожалению, ежегодно отмечается тенденция к омоложению данного заболевания, что приводит к увеличению количества женщин, которые вынуждены жить с психологическими последствиями калечащего лечения рака молочной железы. Реконструкция молочной железы помогает женщинам опять почувствовать себя целостной после мастэктомии, восстановить симметрию тела, справиться с тревожными состояниями, увеличить выбор гардероба.

При локализации опухоли в центральных и медиальных квадрантах молочной железы вероятность метастазирования по данным некоторых авторов колеблется от 12% до 33%. С 1995 на базе РКЮД МЗ РТ была разработана процедура видеоторако-скопической парастеральной лимфатической диссекции.

Цель: В данной работе рассматривается обоснованность сочетания радикальных операций на молочной железе с локализацией опухоли в центральной и медиальной зонах с видеоторако-скопической парастеральной лимфодиссекцией и с различными способами одномоментных реконструктивно-пластических операций.

Материалы и методы: Нами проведен ретроспективный анализ отдаленных результатов хирургического лечения больных РМЖ центральной и медиальной локализации, прооперированных в отделении маммологии КОД МЗ РТ с 1996 по 2012гг. Выделены 2 группы больных: в первой группе находились пациентки с реконструктивно-пластическими операциями (507), из которых 438 были одномоментные реконструкции, а 69-отсроченные. А во второй группе, соответственно, находились 1167 больных без реконструктивно-пластических операций.

Результаты и обсуждение: При сравнении показателей общей 5-летней выживаемости пациентов с различными видами реконструкций и пациентов без реконструктивно-пластических операций статистически достоверной разницы не выявлено.

Таким образом, мы еще раз хотим подтвердить общеизвестное положение о том, что реконструктивно-пластические операции не влияют на течение опухолевого процесса больных раком молочной железы.

Выводы: Сочетание трех видов хирургических вмешательств: радикальная операция, парастеральная видеоторако-скопическая лимфодиссекция и различные виды одномоментных реконструктивно-пластических операций не имеет отрицательно-го воздействия.

РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКАЯ СОСУДИСТАЯ И МИКРОСОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ В ОНКОЛОГИИ

Бусыгина Е.В.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Баширов Ф.В**

Задачу восстановления анатомо-функционального дефекта, возникающего в процессе противоопухолевого лечения, решает реконструктивно-пластическая хирургия.

В настоящее время в отделении микрохирургии РКБ МЗ РТ накоплен опыт лечения 26 больных злокачественными новообразованиями, которым одновременно с удалением опухоли выполнялась реконструкция магистральных сосудов. Во всех наблюдениях выполнение сосудистого

реконструктивного этапа позволило выполнить сохранную операцию без ущерба радикальности лечения. Анализируя полученный опыт, очевидно, что активное использование методов сосудистой реконструктивной хирургии позволяет значительно расширить показания к сохранным операциям у больных местнораспространенными опухолями различной локализации, обеспечивая хорошие результаты. Другая важная задача реконструктивной хирургии является замещение обширных комбинированных дефектов тканей, образующихся после удаления опухоли.

В настоящее время отработаны методы формирования составных трансплантатов, что позволяет одновременно восстанавливать сложные сочетанные дефекты, включая костную, мышечную, фасциальную и кожную структуры.

С 1995 по 2003гг. 12 пациентам с местнораспространенными опухолями костей и мягких тканей для реконструкции дефекта после удаления опухоли выполнена пересадка свободного лоскута на микрососудистых анастомозах. Для замещения костного дефекта использовались васкуляризированные костные трансплантаты.

Для замещения дефектов мягких тканей наиболее часто использовали свободный торако-дорзальный лоскут. В 4-х случаях для закрытия обширного дефекта кожи на волосистой части головы использовался свободный сальник в комбинации с расщепленным кожным лоскутом.

Необходимо отметить, что абсолютные показания к использованию метода

микрохирургической реконструкции возникают не так часто, так как в арсенале реконструктивной хирургии имеется большое количество регионарных лоскутов, которые можно переместить для закрытия дефекта.

Анализируя полученные данные, мы видим, что метод микрохирургической трансплантации тканей расширяет показания к выполнению сохранных операций у больных местнораспространенными опухолями, заметно улучшая функциональные и косметические результаты лечения.

РЕКОНСТРУКТИВНАЯ И ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ПОСЛЕДСТВИЙ МАСТЭКТОМИИ

Бусыгина Е.В., Баширов И.Ф., Егоров Э.О

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Фраучи И.В.**

Рак молочной железы (МЖ) часто встречающееся заболевание у женщин. В системе комбинированного и комплексного доминирует радикальная мастэктомия, предложенная W.S.Halsted и лучевая терапия. Удаление лимфатических узлов с пересечением основных путей лимфооттока и развитие склеротических процессов в зоне облучения часто приводят к возникновению отека верхней конечности и постмастэктомиического синдрома. Одним из методов осуществить адекватную хирургическую помощь является сочетанное хирургическое лечение, предусматривающее поэтапную хирургическую коррекцию имеющихся нарушений и включающее в себя наложение лимфovenозных анастомозов, флеболлиз, резекционно-реконструктивные операции на подкожной клетчатке. При изучении более 400 операций по поводу постмастэктомиического синдрома получены следующие результаты: 36,4 % - хорошие, полный регресс отека. 45,4 % - удовлетворительные, уменьшение объема конечности. 18,2 - плохие, связанные с длительностью заболевания, частыми рожистыми воспалениями, приведшими к аплазии лимфатических сосудов, тотальному склерозу плечевой вены, значительному разрастанию (фиброзу) подкожной жировой клетчатки и т.д. Отдельно хочется остановиться на социальной реабилитации женщин, перенесших мастэктомию. У данной группы больных выявляются глубокие изменения психоэмоциональной сферы. В силу этого остро стоит проблема медико-социальной реабилитации этой группы больных. Основным звеном в системе этих мероприятий является восстановительная операция МЖ. Поэтому приходится решать следующие задачи: восстановление дефицита кожи и мягких тканей в области передней грудной стенки, создание объема и формы железы, восстановление сосково-ареолярного комплекса, обеспечение симметрии МЖ. Возраст женщин, подвергшихся восстановительной операции, был 37 - 47 лет. Наиболее удобным и косметически выгодным представляется метод восстановления МЖ за счет перемещения массивного кожно-жирового лоскута с основанием на прямых мышцах живота, в 3-х случаях использовался свободный лоскут. Т.о., проблему лечения последствий мастэктомий мы видим комплексно, т.е. не только хирургическое лечение патологии, но и решение социально-психоэмоциональных и косметических неудобств, связанных с отсутствием МЖ

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЦИПИЕНТНЫХ СОСУДОВ ДЛЯ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Хамитов А.Р., Ванесян А.С.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Ахметзянов Ф.Ш., д.м.н., доц. Исмагилов А.Х.**

Цель: определение наиболее подходящего сосуда-реципиента для микрохирургической реконструкции молочной железы на основании сравнительного анализа бассейнов глубоких нижних эпигастральных (ГНЭС), торакодорсальных (ТДС) и внутренних грудных сосудов (ВГС).

Материалы и методы: На базе отделения маммологии РКБ МЗ РТ с сентября 2010 г. по май 2012 г. проводилось in vivo измерение диаметров ГНЭС, ТДС и ВГС. ГНЭС выделялись и измерялись в процессе реконструкции молочной железы лоскутом TRAM на ножке, после выделения ректоабдоминального лоскута, ТДС – при выполнении мастэктомий, после завершения этапа аксиллярной диссекции, а ВГС – при выполнении видеоторакоскопических парастеральных лимфодиссекций: визуализация и выделение сосудов (вместе с парастеральной клетчаткой) со второго по шестое межреберье, затем в третьем межреберье

тупым способом разволокнение межреберной мышцы и визуализация сосудов, что уменьшает травматичность доступа для их выделения (резекция третьего, а иногда и четвертого ребра).

Результаты: Проведено измерение диаметра 61 ТДС у 29 пациентов (30 артерий и 31 вен, средний возраст пациентов 60 лет), 91 ГНЭС – у 33 пациентов (44 артерий и 47 вен; средний возраст пациентов 47 лет) и 43 ВГС – у 23 пациентов (23 артерий и 20 вен; средний возраст 42 года).

Средний диаметр внутренних грудных артерий составил $2,0 \pm 0,17$ мм (границы: 1,1-3,4), диаметр внутренних грудных вен – $2,55 \pm 0,2$ мм (границы: 1,1-5,0), торакодосальных артерий, в месте разветвления на конечные ветви – $2,37 \pm 0,13$ мм (границы: 1,2-3,7), торакодосальных вен на том же уровне – $2,88 \pm 0,18$ мм (границы: 1,0-6,6), ГНЭС – $2,38 \pm 0,13$ мм для артерии (границы: 1,1-4,6), и $2,16 \pm 0,12$ мм для вены (границы: 7-46).

При сравнении бассейнов сосудов-доноров (ГНЭС) и бассейнов сосудов-реципиентов (ТДС и ВГС), статистически достоверной разницы не обнаружено ($p > 0,01$), что говорит об идентичности диаметров сосудов исследуемых бассейнов.

Заключение: В результате исследования доказано, что:

1. При помощи видеоторакоскопической парастернальной лимфодиссекции экспозиция ВГС выполняется минимально травматичным методом;

2. Анатомические характеристики ВГС на уровне третьего межреберья стабильные (диаметр артерий в среднем 2,16 мм, а диаметр вен 2,55 мм);

3. ВГС не уступают по диаметру ТДС сосудам.

ДИАГНОСТИКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КОСТНОЙ ТКАНИ

Валиева Г.Р.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – ас. Самигуллин А.А., к.м.н., доц. Юсупова А.Ф.

Менее 0,2% от всех случаев рака приходится на долю первичных злокачественных опухолей костей. Первичный рак костей бывает в 2-3 раза чаще, чем доброкачественные новообразования. Территориальная вариабельность заболеваемости злокачественными опухолями костей незначительна. В Англии, Канаде, США и Японии заболеваемость этими формами опухолей в среднем составляет 1 случай на 100000 мужского населения и соответственно 0,6 – женского. Самая высокая заболеваемость злокачественными опухолями костей наблюдается в Европе (Испания, Германия, Румыния, Исландия, Венгрия) – до 3 на 100000 мужского и 2,3 – женского населения. Назвать точную причину возникновения и прогрессирования злокачественных новообразований костной ткани не представляется возможным, однако на сегодняшний день наукой доказано наличие ряда предрасполагающих к развитию заболевания факторов. На современном этапе развития онкологии для диагностики злокачественных новообразований скелета и их отдалённых метастазов, оценки эффекта ранее проведённой специальной терапии и предоперационного планирования применяют стандартную рентгенографию, ультразвуковую, рентгенологическую компьютерную томографию, ангиографию, остеосцинтиграфию, магнитно-резонансную томографию, позитронно-эмиссионную томографию. Экономически доступным методом для решения этой задачи могло бы стать определение концентрации серологических маркёров в сыворотке крови, которое позволяет в короткие сроки качественно и количественно оценить выраженность костной резорбции при опухолевом поражении костей. Применение опухолевых маркеров в клинической практике является очень полезным. Хотя опухолевые маркеры не вполне оправдали первоначальные ожидания в отношении чувствительности и специфичности, при определённых ситуациях большинство опухолевых маркеров имеет диагностическое значение.

Опухолевые маркеры обладают прогностическими свойствами и способствуют выбору адекватной терапии ещё до начала лечения пациента. По сравнению со всеми известными методами, опухолевые маркеры являются самым чувствительным средством диагностирования рецидива и способны выявить рецидив в предклинической фазе его развития, часто за несколько месяцев до появления симптомов.

Будучи производными опухоли, опухолевые маркеры считаются лучшими индикаторами её чувствительности к лекарственному воздействию и позволяют своевременно изменить лечебную тактику, если терапия оказывается неэффективной.

Одним из таких маркёров в диагностике рака кости является BONE TRAP 5b. Он перспективен как маркёр метастатических поражений костей при РМЖ, РПЖ, а также при костной локализации множественной миеломы. В литературе освещён опыт применения общей фракции Щелочной фосфатазы в качестве маркёра для диагностики и мониторинга эффективности лечения больных с остеосаркомой. Также есть ещё несколько серологических маркёров, которые были бы достаточно перспективны в диагностике злокачественных новообразований костной ткани, но изучение и разработка которых для их последующего внедрения ещё не окончена.

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

СТРУКТУРА И АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ОСНОВНЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ СИНУСИТОВ

Лопухов Р.Ю.

Казанский государственный медицинский университет»

Руководитель – к.м.н., доц. Исмагилов Ш.М.

Своевременная бактериологическая диагностика и адекватная антимикробная терапия имеют решающее значение, как в лечении риносинуситов (РС), так и в предупреждении осложнений.

Целью исследования явилось изучение структуры и антибиотикорезистентности основных возбудителей РС.

Материалы и методы. Нами были исследованы 74 пробы пунктатов верхнечелюстной пазухи (ПВЧП) и 35 мазков из носовых ходов (МНХ) по материалам историй болезней ЛОР отделения ГАУЗ РКБ МЗ РТ за 2012 год. Хроническое течение РС было у 77,9% больных, острое – у 22,1% обследованных. Антибиотикорезистентность (АБР) учитывалась на ридере антибиотикограмм OSIRIS (БиоРад, Франция). МНХ высевались по методике ВОЗ на кровяной, желточно-солевой агар и среду Эндо.

Результаты. Этиологически значимые изоляты были у 76,3% ПВЧП: стафилококки: *S. aureus*, *S. haemolyticus*, *S. epidermidis* – 42,6%; БГКП: *Klebsiellae*, *Enterobacter* – 21%; стрептококки гр. *viridans* 9%, БГСА 5,2%, *S. pneumoniae* 1,9%; энтерококки 7,3%,

Ps.aeruginosa 3,3%, анаэробы: Bacteroides, Peptostreptococcus, Propionibacterium - 2,0%; H.influenzae 0,9%; грибы рода Candida 0,7%; Acinetobacter 1,7%, Serratia 1,0%, Stenotrophomonas 0,7%, Burkholderia cepacia 0,2%.

Стафилококки были резистентны к эритромицину в 63%, клиндамицину (23,0-38,3%), кларитромицину (25-45%), гентамицину (18,9-30,7%), ципрофлоксацину (14-23,5%); чувствительны к нитрофурантоину, ванкомицину. MRS-стафилококки встретились в 27,6% случаев.

Грамотрицательные возбудители РС были резистентны к ампициллину (100%), амоксициллин/клавуланату (40%), ципрофлоксацину (15-35%), гентамицину (17%), цефалоспорином 3-4 поколений (23-36%), чувствительны к карбепенемам. Ps.aeruginosa относительно устойчива: цефтазидим и цефоперазон/сульбактам в 66% наблюдений, тикарциллин/клавуланат - 50%, амикацин, тобрамицин, нетилмицин - 27,7%. Панрезистентные её штаммы были в 18,2%.

Высеваемость МНХ составила 85,7%, среди них в 93,3% случаев определен S.epidermidis.

Выводы. 1. Структура возбудителей ПВЧП соответствовала этиологически значимым возбудителям РС. 2. Неинвазивный метод (МНХ) неприменим для бактериологического исследования РС.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РОНХОПАТИИ

Ананьева Л.В.

Казанский государственный медицинский университет»

Руководитель – к.м.н., доц. Исмагилов Ш.М.

Храпом страдает около 20% общей популяции населения и 60 % лиц старше 40 лет. В настоящее время в лечении ронхопатии четко отслеживаются три основных направления: консервативное, полухирургическое и хирургическое (Блоцкий А.А., Плужников М.С., 2002). Эффективность хирургического вмешательства по литературным данным составляет от 46 до 95 % (Елизарова Л.Н., 2006).

Цель исследования: анализ результатов хирургического лечения ронхопатии по материалам историй болезни ЛОР отделения ГАУЗ РКБ МЗ РТ за период 2011-12 г.г.

Материалы и методы: В исследование были включены 32 больных, 19 мужчин и 13 женщин, в возрасте от 29 до 57 лет с легкой, среднетяжелой и тяжелой формами ронхопатии. Обследование включало подробный сбор жалоб и анамнеза больного, инструментальный осмотр ЛОР-органов, включая эндоскопию полости носа, исследование дыхательной функции, полисомнографию, РКТ околоносовых пазух.

Результаты: Из 32 больных жалобы на затруднение носового дыхания отмечали 71,8% пациентов, из них в 30,4% случаев отмечено искривление носовой перегородки, в 17,4% - гипертрофия нижних носовых раковин, вазомоторный ринит в 21,7%, у остальных сочетание этих видов патологии. Заболевания глотки выявлены у 59,4% больных. Среди них хронических тонзиллит установлен у 4 пациентов (21,1%), хронических фарингит у 8 больных (42,1%), гипертрофия небных миндалин выявлена у 1 пациента (5,2%), а у 6 – отмечалась сочетанная патология. В 14 случаях (73,7%) отмечено утолщение мягкого неба, у 7 (36,8%) – превалировало удлинение uvula.

Оперативное лечение проводилось в два этапа. Первым этап – восстановление носового дыхания с коррекцией внутриносовых структур. Объем хирургических вмешательств в глотке варьировал от увулотомии с использованием различных хирургических методик до увулупалатофарингопластики с тонзиллэктомией.

Все больные после хирургического лечения ронхопатии отметили значительное улучшение общего самочувствия – исчезновения сонливости, утомляемости, повышение работоспособности, улучшение носового дыхания, нормализацию сна и исчезновение тяжести в голове.

ОПУХОЛИ НОСОГЛОТКИ И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Бухарова Е.Я.

Казанский государственный медицинский университет

Руководителя - к.м.н. асс. Салимов Л.И.

Онкопатология ЛОР-органов составляет около 7,5-8% случаев всех злокачественных заболеваний. 65% всех опухолей ЛОР-органов выявляются в запущенном состоянии.

40% больных умирают, не прожив и 1 года с момента постановки диагноза.

Злокачественность опухолей околоносовых пазух определяется их относительно быстрым прорастанием в соседние органы и ткани: в основание черепа, крылонебную ямку, глазницу, полость рта.

Диагностика опухолей полости носа и околоносовых пазух является одной из самых сложных и актуальных проблем в работе врачей различных специальностей; стоматолога, отоларинголога, офтальмолога, невропатолога. В настоящее время отмечается увеличение числа больных с хроническими воспалительными заболеваниями, предопухолевыми и опухолевыми процессами, как доброкачественного, так и злокачественного генеза с поражением слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух, что свидетельствует о сложностях ранней диагностики, эффективности лечения и реабилитации пациентов. Злокачественные опухоли полости носа и околоносовых пазух в структуре заболеваемости по данным разных авторов составляют от 0,2 до 3% раковых опухолей других локализаций.

Лечение опухолей полости носа и околоносовых пазух выполняют комбинированным и комплексным методом, где основным является хирургический. Объем оперативного вмешательства определяется локализацией, распространенностью поражения и гистологической формой. Применяются эндоназальные и наружные кожные доступы.

Современный подход при опухолях полости носа, носоглотки и околоносовых пазух представляется активной диагностической тактикой и расширением показаний к хирургическому методу лечения.

ВТОРИЧНАЯ НЕЙРОПАТИЯ ВЕРХНЕГОРТАННОГО НЕРВА

Бухарова Е.Я.

Казанский государственный медицинский университет

Руководителя - д.м.н. проф. Алиматов Х.А.

Остеохондроз шейного отдела позвоночника сопровождается формированием в зоне иннервации пораженных позвоночно-двигательных сегментов (ПДС) симптомокомплекса миофиксации с нарушением функций органов, охваченных патологической импульсацией, сокращением мышц, фасций и появлением в них болезненных мышечных уплотнений (БМУ, триггеры).

С целью установления возможной связи нейропатии верхнегортанного нерва с шейным остеохондрозом обследовано и пролечено 16 больных с сильной, не снимаемой анальгетиками пульсирующей болью в щитоподъязычном промежутке. Возраст больных составил от 35 до 62 лет.

Обследование включало осмотр глотки и гортани, пальпацию органов и мышц шеи, рентгенографию шейного отдела позвоночника.

При осмотре выявлено сужение грушевидного синуса на больной стороне без признаков воспаления. Пальпаторно выявлено резкое сокращение щитоподъязычного расстояния, вызванное этим косое положение подъязычной кости, сокращение мышц и появление в них болезненных уплотнений. У 7 больных самая болезненная точка находилась в проекции верхнего рога щитовидного хряща, у остальных – кзади от него, в щитоподъязычном промежутке.

Состояние больных расценено, как вторичная нейропатия верхнегортанного нерва вследствие компрессии по типу «туннельного» синдрома при сокращении щитоподъязычной мембраны и отверстия, через которое проходит сосудисто-нервный пучок гортани. Другой причиной компрессии нерва может быть ущемление его между краями щитовидного хряща и подъязычной кости.

Лечение состояло в проведении сеансов постизометрической релаксации мышц и щитоподъязычной мембраны, пунктурной анальгезии триггеров и новокаиновых блокад. В план лечения входили также препараты седативного, общеукрепляющего действия и процедуры с воздействием на шейный отдел позвоночника.

Результаты лечения у всех больных были хорошими. С рецидивом заболевания в сроки от 1 до 3 лет обратились 9 больных, которым проведено повторное лечение с хорошим эффектом.

Таким образом, причинная связь нейропатии верхнегортанного нерва с шейным остеохондрозом подтверждается клиническими, рентгенологическими и аргументами.

КОНСЕРВАТИВНОЕ И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА

Исмагилова З.М.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководителя - к.м.н. асс. Нурсаитова Р.М**

Значение хронического тонзиллита в лечебно-профилактической работе трудно переоценить в связи с его частотой среди населения (от 15 до 20% по С.А. Карпищенко 2010г.) и его связью со многими тяжелыми заболеваниями (ревматизмом, инфекционным специфическим полиартритом, заболеваниями сердца и др), в патогенезе которых играют роль инфекции, интоксикации, аллергия и патологические рефлексы с миндалин.

Среди современных методов лечения хронического тонзиллита различают консервативные (промывание лакун миндалин, инъекции лечебных средств в паренхиму и капсулу миндалин: 0,25% раствор формалина, раствор гипосульфита натрия (10-30%), лечение ультрафиолетовыми лучами, рентгенотерапия и оперативные методы лечения (экстракапсулярная тонзиллэктомия).

Цель: оценка эффективности проведенного лечения и определение наиболее рационального метода лечения.

Материалы и методы исследования. Проанализировано 28 историй болезни больных хроническим тонзиллитом, находившихся на стационарном лечении в ЛОР-отделении городской клинической больницы №18 за 2012 год.

Из 28 больных, 16 проводилось промывание лакун миндалин растворами хлоргексидина, мирамистина, стрептококковым, стафилококковым бактериофагами, пиофагами (в зависимости от результатов бактериологических исследований), так же проводились физиотерапевтические процедуры, УФО зева, щелочные ингаляции, лазеротерапия, ультразвук на область небных миндалин.

12 больным, которым выставлен диагноз хронический тонзиллит декомпенсированной формы (в связи с местными осложнениями – у 5 пациентов, паратонзиллитом - у 2 пациентов, ревматизмом сердца – у 4, хроническим пиелонефритом – у одного) произведена двухсторонняя тонзиллэктомия с соответствующей антибактериальной терапией.

Выводы: Современная эффективная консервативная терапия хронического тонзиллита с учетом бактериологических методов исследования и антибиотикограммы в сочетании с физиотерапией позволяет купировать хронический очаг инфекции, у 58% больных.

Хронический тонзиллит с осложнениями требует более радикальных методов лечения, таких как экстракапсулярная тонзиллэктомия, которая проводилась 42% пациентов.

КОРРЕКЦИОННАЯ МИОТОМИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СРЕДИННОГО СТЕНОЗА ГОРТАНИ

Хакимьянов А.И.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководителя - д.м.н. проф. Алиматов Х.А.**

Наиболее частой причиной срединного стеноза гортани является ятрогенная травма возвратных нервов во время операций на щитовидной железе. Предложено множество методов хирургического лечения срединного стеноза гортани, основная цель которых – восстановление дыхания через естественные пути, даже в ущерб голосовой функции.

Цель. Оценка эффективности коррекционной миотомии при лечении срединного стеноза гортани.

Материалы и методы. На базе МУЗ «Центральная городская клиническая больница № 18» г. Казани за прошедшие 2 года наблюдались 3 больных. В исследовании больных использовался статистический метод на основе архивных данных (историй болезни).

При срединном стенозе гортани препятствие свободному дыханию расположено на уровне голосовых складок. Хирургические вмешательства, имеющие цель расширения просвета гортани на уровне голосовых складок чаще обречены на неудачу из-за продолжающего воздействия спазмирующего механизма, который до конца не изучен, и соответственно рецидива стеноза.

Для расширения просвета гортани был применен метод, заключающийся в рассечении гортани по средней линии (передней и задней стенок), мобилизации половин гортани. Одна половина гортани подшивается и подтягивается к телу подъязычной кости, на уровне отхождения малого рога, на этой же стороне перерезается грудино-щитовидная мышца, а на противоположной стороне щитоподъязычная мышца. В просвет гортани на 3 недели вводится стент-дилататор. Дыхание осуществляется через трахеостому.

За 3 недели между разведёнными в стороны, при помощи стента-диллятора, половинами гортани образуется рубцовая ткань, происходит интерпозиция тканей, а смещённые по отношению друг к другу половинки гортани фиксируются в заданном положении и удерживаются за счёт перераспределения мышечной силы в передних группах мышц гортани.

Этим методом было прооперировано 3 больных.

Результаты. У всех получено стойкое восстановление дыхания через естественные пути.

Выводы. Коррекционная миотомия показала себя достаточно эффективным методом лечения срединного стеноза гортани.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОВОДИМОЙ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОЙ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Чернова О.Н.

Казанский государственный медицинский университет

Руководителя - к.м.н. асс. Нурсаитова Р.М.

Нейросенсорная тугоухость - заболевание, характеризующееся патологическими изменениями внутреннего уха, а именно повреждением чувствительных нервных клеток кортиева органа, слухового нерва и центральных образований слуховой системы. Часто слух снижается после перенесённых ОРВИ.

Основными клиническими проявлениями нейросенсорной тугоухости при инфекционных заболеваниях выступают снижение слуха, шум в ушах на фоне общей интоксикации и синдрома респираторных расстройств.

Установлено, что при различных видах вирусной инфекции в сосудах мелкого калибра возникают однотипные изменения, приводящие к расстройству микроциркуляции. При этом повышается проницаемость стенок сосудов, развивается отёк эндотелия капилляров и периваскулярной ткани, появляются мелкие очаговые кровоизлияния. Вирусы вызывают гемодинамические изменения во внутреннем ухе: гемагглютинацию, повышение свёртывания крови, отёк эндотелия капилляров с повышением проницаемости, ангиоспазм.

Целью данного исследования являлось определение эффективности проводимой комплексной терапии и острой сенсоневральной тугоухости вирусной этиологии.

Лечение включает противовирусные препараты, гепаринотерапию, гирудотерапию, сосудистую терапию, механотерапию и продувание слуховых труб, витаминотерапию, сосудосуживающие капли в нос, демифосфон. При наличии шума в ушах более эффективными методами лечения являются заушные блокады в сочетании с витамином В12 и иглорефлексотерапия.

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ МЕНЬЕРА

Хабибулина А.Р.

Казанский государственный медицинский университет

Руководителя - к.м.н. асс. Нурсаитова Р.М.

Болезнь Меньера — негнойное заболевание внутреннего уха, характеризующееся увеличением объёма лабиринтной жидкости и повышением внутрилабиринтного давления, в результате чего возникают приступы прогрессирующей глухоты, шума в ушах, головокружения и нарушения равновесия, а также вегетативные расстройства (тошнота, рвота).

Цель: сравнить эффективность различных методов диагностики болезни Меньера.

Методы и материал: всем пациентам проводят предварительную тональную аудиометрию. Для диагностики эндолимфатического гидропса необходим глицерол-тест. Для этого пациент выпивает натощак смесь медицинского глицерина из расчета 1-1,5 г/кг с таким же количеством воды. Через 2 часа проводят исследование – повторную тональную аудиометрию и определяют изменения показателей слуховой функции, т.е. флюктуацию слуха. Достоверное улучшение слуха, свидетельствует о положительной оценке глицерол-теста, т.е. об обратимой стадии эндолимфатического гидропса.

За последние годы в аптечной сети отсутствует чистый медицинский глицерол, в связи с чем часто возникают трудности для уточнения состояния слуховой функции при обследовании пациентов с болезнью Меньера.

Маннит-тест так же используется в диагностике эндолимфатического гидропса, он заключается во внутривенном капельном введении 10% маннитола в дозе 1г/кг, предварительно растворенного в 5% растворе глюкозы. Через 1 час повторяют тональную аудиометрию.

С целью дегидратации жидкости лабиринта за последние годы использовали внутривенно капельно 2,0 лазикса на 50,0 физиологического раствора и через час повторяли тональную аудиометрию. Результаты проведенных исследований оценивали так же как и глицерол-тест.

Заключение: нами было обследовано в ГБ№18 группа из 31 пациента (11 мужчин, 20 женщин) в возрасте от 25 до 63 лет; 14 больным проведен глицерол-тест, 9 – маннит-тест, 8 – лазикс-тест. У последней группы больных наблюдался более положительный результат в отношении флюктуации слуха.

Вывод: улучшение слуховой функции после лазикс-теста свидетельствует об обратимой стадии эндолимфатического гидропса, что является одним из достоверных методов диагностики болезни Меньера.

ХРОНИЧЕСКИЙ ПОЛИПОЗНО-ГНОЙНЫЙ РИНОСИНУСИТ

Назарова М.Д.

Казанский государственный медицинский университет

Руководителя - к.м.н., асс. Нурсаитова Р.М.

Хронический полипозно-гнойный риносинусит- хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки носа, при котором в полости носа и пазухах появляются и разрастаются доброкачественные образования. Хронический полипозный риносинусит является распространенной проблемой в осуществлении дыхательной функции. Актуальность этой темы связана с высокой частотой заболевания. Одним из ведущих факторов развития хронического полипозного риносинусита является сенсibilизация слизистой носа за счет аллергенов вдыхаемых с воздухом, что ведет к появлению и росту отёчных полипов, инфильтративных преимущественно эозинофилами.

Цель исследования: проанализировать наличие аллергических заболеваний среди пациентов страдающих хроническим полипозно-гнойным риносинуситом.

Возможность установления аллергической этиологии хронического полипозного риносинусита даст возможность избежать рецидивов данного заболевания и подобрать соответствующую медикаментозную терапию до оперативного вмешательства.

Методы исследования: истории болезни.

Проанализированы 20 историй болезни с диагнозом: хронические полипозно-гнойные риносинуситы, больных, находившихся на стационарном лечении в ЛОР-отделении ГКЦБ№18 г.Казани:10 мужчин и 10 женщин. Возраст больных составляет от 27 до 80 лет, из них у 7(35%)были выявлены аллергические реакции на различные медикаменты, причем у 3х больных констатирован диагноз: бронхиальная астма.Всем больным после обследования были произведены различные виды хирургических вмешательств: пункции верхнечелюстных пазух, при наличии гноя в носовых ходах-9м пациентам(45%), полипотомия носа-8м(40%),радикальная гайморотомия по Колдуэллу-Люку с одномоментной полипотомией-2м(10%), эндоназальная шейверная гайморополипотомия-8м(40%). Больным с диагнозом: бронхиальная астма проводилась предоперационная подготовка: вводилось внутривенно капельно 60 мг преднизолона на 100,0 физиологического раствора.

Выводы: 1.Нередко хронические полипозно-гнойные риносинуситы являются спутниками бронхиальной астмы.2. При проведении хирургических вмешательств данная группа требует предварительной медикаментозной подготовки.3. В настоящее время при проведении оперативных вмешательств, предпочтение отдается щадящим способам. А именно- эндоскопической шейверной гайморотомии и полипотомии.

СЕКРЕТОРНЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ

Утяшева Р.П.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководителя - к.м.н., асс. Нурсаитова Р.М.**

Секреторный отит – это заболевание, при котором происходит застой и скопление жидкого секрета в полости среднего уха.

Если скопление транссудата в барабанной полости вызвано хронической блокадой евстахиевой трубы (аденоид, новообразования), оно может продолжаться без изменений достаточно долго и называется секреторный отит (тубоотит, или евстахеит).

Евстахиева труба в норме выполняет дренажную функцию. Если слуховая труба закрыта, происходит разрежение внутри барабанной полости приводит к тому, что податливая барабанная перепонка втягивается внутрь. При продолжительной блокаде слуховой трубы, отрицательное давление внутри барабанной полости вызывает «пропотевание» плазмы крови через стенку кровеносных сосудов.

Цель исследования: изучить эффективность тимпанотомии (парацентеза) в комплексной терапии секреторных отитов.

Методы исследования больных с секреторным средним отитом: сбор анамнеза; мезофарингоскопия; передняя и задняя риноскопия; отоскопия; акуметрия; камертональное исследование; аудиометрия; импедансометрия; исследование состояния слуховой трубы; микроотоскопия (при отсутствии патологии носа и ОПН с исследованием подвижности слуховой трубы).

Комплексное лечение секреторных отитов среднего уха: при наличии симптомов вирусной инфекции назначение противовирусных препаратов (ремантадин, арбидол, цетрин, зиртек, эриус и др.); антигистаминные препараты (димедрол, тавегил, супрастин и др.); деконгестанты (сосудосуживающие капли в нос); противоотечные препараты (тиосульфат натрия, хлористый кальций и др.); ГКС (гидрокортизон, дексаметазон и др.); продувание уха модифицированным способом Политцера; транстимпанальное введение лекарственных веществ; катетеризация слуховой трубы; бужирование слуховой трубы; транстимпанальное введение лекарственных средств; тимпанопункция; мириглотомия (парацентез); длительное дренирование барабанной полости (шунтирование).

Наиболее эффективный метод при комплексном лечении секреторного среднего отита мириглотомия (парацентез) в сочетании с транстимпанальным введением лекарственных веществ (атропина) с последующим введением раствора дексаметазона.

ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ОТОПЛАСТИКИ

Халиков М.М., Першакова И.А., Шагеев Р.З.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководителя - к.м.н., Обидённых С.А, к.м.н., асс. Гайнутдинов З.И.**

Цель: изучить преимущества и недостатки шовного и бесшовного вариантов отопластики.

Коррекция ушных раковин продолжает оставаться одним из наиболее дискуссионных вопросов пластической хирургии. Сам факт наличия большого количества предлагаемых операций говорит о неудовлетворенности хирургов получаемыми результатами.

Первая методика, принадлежащая к когорте шовных методов, предложена Mustarde и Furnas. Коррекция формы ушной раковины достигается благодаря выкраиванию полоски хряща в позиции противозавитка и последующему сшиванию свободных краев хряща позади полоски. Таким образом, формируется противозавиток, при этом достигается приближение ушной раковины к сосцевидному отростку. В результате нашего исследования мы полагаем, что выбор данного метода является тактически неправильным в случае преимущественного «оттопыривания» верхних отделов ушной раковины, поскольку в данном сегменте требуется коррекция не только в сагиттальной, но и во фронтальной плоскости. В подобной ситуации наиболее целесообразно применение методика «бесшовного» моделирования хряща подробно описанная К. Пшенисновым. При этом мы полагаем, что помимо предлагаемых авторами вертикальных насечек, позволяющих корригировать форму ушной раковины в сагиттальной плоскости, целесообразно выполнение в верхних сегментах хряща дугообразных насечек параллельно завитку. Данная манипуляция позволяет в послеоперационном периоде получить необходимую коррекцию верхнего сегмента ушной раковины во фронтальной плоскости.

Другой характерной особенностью рассматриваемой «шовной» методики отопластики является контурирование хрящевой полоски, призванной формировать противозавиток на передней поверхности ушной раковины. По мере купирования отека

и рассасывания микрогематом сформированный «завиток» приобретает резко очерченные контуры, что придает ушной раковине неестественный вид. В данной ситуации мы имеем весьма сомнительный эстетический результат.

Выводы: мы полагаем, что применение «бесшовной» методики моделирования ушной раковины является наиболее целесообразным решением проблемы коррекции ушных раковин. Данный метод позволяет хирургу в полной мере решать поставленные перед ним задачи, соблюдая при этом принципы анатомии и эстетической состоятельности.

ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЙ МЕТОД ОСТАНОВКИ НОСОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Хазиев А.Д.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – к.м.н., доц. Исмагилов Ш.М.

По частоте возникновения носовые кровотечения (НК) занимают первое место среди спонтанных кровотечений и составляют до 20,5% больных, госпитализированных в ЛОР-стационар по экстренным показаниям (Бойко Н.В., 2008). При рецидивирующих НК консервативные методы их остановки не всегда эффективны, что заставляет прибегать к инвазивным способам их остановки. Наряду с традиционной перевязкой сосудов на протяжении, в условиях современной клиники производится их эмболизация.

Нами проведен анализ историй болезни 6 пациентов ЛОР отделения ГАУЗ РКБ МЗ РТ за последние пять лет с рецидивирующими НК, для остановки которых был применен метод рентген-эндоваскулярной окклюзии (РЭО) дистальных ветвей наружной сонной артерии (НСА). В 4 случаях причиной НК была политравма лицевого скелета, в остальных - некоррегированная артериальная гипертензия и ятрогения после вазотомии нижних носовых раковин. Мужчин и женщин одинаковое количество. Возраст пациентов - от 23 до 78 лет. Постгеморрагическая железодефицитная анемия II-III ст. диагностировалась у всех пациентов, ДВС-синдром – в 80% случаев. Всем пациентам производились передняя и задняя тампонады полости носа. Несостоятельность тампонады, в том числе повторной, оценивалась в сроки 3-14 суток. Рентгенэндоваскулярные манипуляции в виде диагностической ангиографии и эмболизации дистальных ветвей НСА проводились интервенционным радиологом на этих же сроках. Эмболы поливинилалкоголя (ПВА) размером 300-500 нм вводились селективно в верхне-челюстную артерию в 100% случаев, у 1 пациента вводились ПВА в лицевую артерию при ипси- и контралатеральной локализации кровотечения.

Результатом манипуляций являлась артериокапиллярная эмболизация в виде синдрома «обгорелого дерева» и выключение ложной аневризмы из кровотока, что было с успехом достигнуто в 100% случаев. РЭО дополнена фотек-коагуляцией зоны Киссельбаха у 2 пациентов с выявленными при диагностической ангиографии анастомозами с передне-заднерешетчатыми артериями бассейна внутренней сонной артерии.

Заключение: РЭО дистальных ветвей НСА является современным и высокоэффективным методом остановки рецидивирующих НК.

ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

ОСОБЕННОСТИ ЗРИТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ.

Казанцев А.Ю.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., доц. Нугуманова А.М., к.м.н., асс. Хафизова И.Ф.

Цель: анализ зрительных нарушений при рассеянном склерозе (РС) и выявление наиболее характерных симптомов.

Введение: РС - заболевание с многоочаговым поражением нервной системы, при котором часто наблюдаются зрительные нарушения. Наиболее типичным поражением является ретробульбарный неврит (РН).

Материал и методы: проводился анализ 120 историй болезни больных РС, с использованием базы данных Научно-исследовательского Центра по РС (ГАУЗ «ГКБ №7 г. Казани) за 2008-2012 годы. Зрительные нарушения были верифицированы офтальмологом.

Результаты: возрастная структура: 29 мужчин и 91 женщина. Средний возраст пациентов и средняя продолжительность РС составили 33,5 и 9 лет соответственно. В ходе анализа было выявлено, что 5 (4,2%) пациентов имели ранний дебют РС (до 16 лет) и 3 (2,5%) пациента позднее начало (после 50 лет). Чаще всего заболевание начиналось в возрасте 21-30 лет (41,7%). Офтальмологическая симптоматика наблюдалась у 87,5% пациентов. При этом диплопия выявлялась у 28,3% больных, нистагм в 43,3% случаях, РН у 39,2%. У 29 больных РС (24,2%) наблюдалось начало заболевания с РН, средний возраст дебюта РС 25,3 года. В 15% РН был как вариант обострения РС. В 30% случаев РН носил рецидивирующий характер, и средняя частота рецидивов составила 2,5 со средним промежутком между рецидивами 4,5 года. У пациентов с ранним дебютом РС РН выявлялся в 60% случаях, а у пациентов с поздним дебютом в 33,3%. Наиболее характерными симптомами РН у пациентов были: снижение остроты зрения 87,2%, боль за глазом 27,7%, сужение полей зрения 14,9%, скотомы 40,4%. У 80,9% пациентов, перенесших РН, функция органа зрения восстановилась полностью. В 19,1% острота зрения восстановилась частично, и был выставлен диагноз «Частичная атрофия зрительного нерва». Поражение обоих зрительных нервов наблюдалось в 29,8% случаев, односторонний процесс у 70,2% больных.

Выводы. РН при РС в большинстве случаев носит односторонний характер, двухстороннее поражение встречается реже. У 24,2% пациентов РН является признаком дебюта РС и в трети случаев может носить рецидивирующий характер, являясь проявлением очередного обострения РС. Чаще РС дебютирует со зрительных нарушений при раннем начале. РН - типичное проявление РС и требует совместного наблюдения офтальмолога и невролога.

ИЗУЧЕНИЕ ПРОБЛЕМ РЕКОРРЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕНЕСШИХ LASIK.

Шапкина Е.И., Гумерова Д.Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Нугуманова А.М., к.м.н., асс. Хамитова Г.Х.

LASIK (Laser-Assisted in Situ Keratomileusis — «лазерный кератомилез») — современный вид коррекции зрения при помощи эксимерного лазера. Данная операция позволяет исправить различные нарушения зрения: дальнозоркость (до +6 диоптрий), близорукость (до -14 диоптрий), астигматизм (до ±6 диоптрий). Является в настоящее время наиболее эффективной методикой коррекции зрения, но, не исключая возможной необходимости рекоррекции.

Цель: Исследовать эффективность операции LASIK.

Задачи: 1) Выяснить процент рекорреций. 2) Оценить зависимость процента рекорреций от пола, возраста, вида аномалии рефракции у пациентов. 3) Выяснить процентное соотношение между абсолютной коррекцией, недокоррекцией, гиперкоррекцией. 4) Оценить появление послеоперационного астигматизма (п.о.аст).

Методы: Проведен ретроспективный анализ историй болезни (ИБ) пациентов, перенесших рекоррекцию LASIK в 2009-2010 г.г. Общее количество изученных нами ИБ составило 600, из них 96 ИБ пациентов, пришедших на рекоррекцию (192 гл.). Возрастно-половой состав больных был следующим: женщин (жен.) - 67 (69,7%) - 134 глаза (гл.), мужчин (муж.) - 29 (30,2%) - 56 гл., в возрасте от 18 до 35 лет.

Результаты: 1) Доля рекоррекции составила 16%. 2) В структуре обращаемости для рекоррекции женщин (69,7%), мужчин 29 (30,2%), преимущественно молодого возраста - 18-35 лет. 3) С миопией высокой степени (м.выс.ст) рекоррекция была произведена на 83 гл. (43,2%) (44 чел), с миопией средней степени (м.ср.ст) - 70 гл. (36,4%) (36 чел), миопией слабой степени (м.сл.ст) - 32 гл. (16,6%) (16 чел), с миопическим астигматизмом - 93 гл. (48,4%) (56 чел). 3) Процентное соотношение между абсолютной коррекцией, недокоррекцией, гиперкоррекцией - 104 гл (54,7%): 81 (42,2%): 23 (12%). 4) Послеоперационный LASIK 2 астигматизм возник у 79 гл: у жен (64 гл) с м.выс.ст - 42 гл (65,6%), с м.ср.ст - 16 гл (25%), м.сл.ст - 6 (9,3%), у муж. (15 гл) м.выс.ст - 10 гл (66,6%), м.ср.ст - 4 гл (26,7%), м.сл.ст - 1 гл (6,6%). Среднее значение п.о.аст. - 0,75.

Выводы: В структуре обращаемости для рекоррекции преобладают женщины и мужчины молодого возраста с изначально миопией высокой степени и миопическим астигматизмом. В результате рекоррекции отмечен высокий процент некорректируемой миопии и гиперкоррекции, послеоперационного астигматизма, появляющегося преимущественно у жен. с изначально с м.выс.ст.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ КОНТАКТНЫЕ ЛИНЗЫ

Исмагилова З.М., Хабибулина А.Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., асс. Нугуманова А.М.

Глаукома - вторая главная причина слепоты в мире после катаракты. Основным методом лечения этого заболевания с помощью глазных капель, которые уменьшают внутриглазное давление. Но у этого метода есть несколько серьезных недостатков - низкая комплаентность и сравнительно небольшая биодоступность. Решение этой проблемы нашлось в применении терапевтических контактных линз, которые поставляют лекарственные вещества в течение длительного периода и определяют комфортность и удобство применения для пациентов.

Свойства линз основаны на внедрении диспергированного тимолола в крайние поперечносвязанные наночастицы, полученных из мономеров с поливиниловыми функциями, такими как EGDMA (диметакрилат этиленгликоля) и PGT (пропоксильированный триакрилат глицерина). В наночастицы размером около 3,5 нм заключаются 48-66% препарат в зависимости от состава. Частицы с внедренным препаратом диспергируются в гель гидроксиметилметакрилат (HEMA) - общий материал контактных линз. Внедренные в гель частицы высвобождают тимолол в фосфатном буферном растворе (PBS) в течение 2-4 недель в терапевтической дозе, которая обеспечивает пролонгированный выпуск препарата. Данный механизм транспорта лекарства основан на гидролизе эфирных связей, соединяющих тимолол с матрицей частиц.

Вывод: контактные линзы с внедренными наночастицами могут быть очень полезны для пролонгированной доставки офтальмологических препаратов.

ВРОЖДЕННАЯ ГЛАУКОМА И КАТАРАКТА У ДЕТЕЙ. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ. ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

Ефремова Д.А., Пояркова Ю.О.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Нугуманова А.М.

За последнее десятилетие достижения современного акушерства привели к улучшению условий для выхаживания недоношенных, в том числе и с экстремально низкой массой тела, но одновременно с этим увеличилось число врожденной патологии, в том числе и органа зрения.

Цель - выявить частоту встречаемости врожденных заболеваний органа зрения (глаукомы и катаракты), в зависимости от степени доношенности, пола ребенка за 2012 год и проследить динамику полученных данных за последнее десятилетие.

Материалы и методы: проанализировано 106 историй болезней детей с врожденной глаукомой и катарактой, проходивших лечение в офтальмологическом отделении Детской республиканской клинической больницы Министерства здравоохранения республики Татарстан. Из них мальчиков - 60 (56%), девочек - 46 (44%); 56 (52%) детей - в возрасте до 1 года, 34 (32%) - от 1 года до 4 лет и 14 (16%) - старше 4 лет.

Результаты: Врожденная глаукома и катаракта выявлены у 22 доношенных (21%) и у 84 недоношенных (79%). Доля врожденной глаукомы - 92%, доношенных девочек 13%, недоношенных девочек 30%, доношенных мальчиков 4% и недоношенных мальчиков 45%.

Врожденная катаракта - 8%, выявлена только у мальчиков (4% у доношенных и 4% у недоношенных).

Проведен анализ по определению степени доношенности в зависимости от срока, на котором произошли роды. 1 степень (35-37 недель) - 38 новорожденных (45%), 2 степень (32-34 недели) - 18 (21%), 3 степень (29-31 неделя) - 14 (17%), 4

степень (до 29 недели) – 14 (17%). Причем и врожденная глаукома, и катаракта чаще встречались у детей, рожденных на сроке 35-37 недель.

Выводы: 1) Полученные результаты свидетельствуют о том, что врожденная глаукома и катаракта чаще встречается у недоношенных (в среднем, в 3,8 раза чаще); 2) у недоношенных мальчиков врожденная глаукома выявлена в несколько раз чаще, чем у недоношенных девочек, при врожденной катаракте данные существенно не различались. 3) Врожденная глаукома и катаракта чаще выявлялись у детей, рожденных на сроке 35-37 недель. 4) Болеет большое количество доношенных детей. Это требует разработки новейших методов диагностики и лечения.

ПОРАЖЕНИЕ ЗРИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗАТОРА КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ХОРИОИДАЛЬНОЙ НЕОВАСКУЛЯРИЗАЦИИ НА ФОНЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ МИОПИИ

Махмутова Ю.Р., Салахова Л.И.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Нугуманова А.М.

Хориоидальная неоваскуляризация (ХНВ) развивается на фоне миопии высокой степени. К основным факторам развития ХНВ относят наследственные обменные изменения в хориокапиллярном слое и ретинальном пигментном эпителии (РПЭ). Среди факторов риска выделяют различные глазные состояния.

Основная цель нашего исследования заключалась в выявлении факторов риска развития ХНВ у пациентов с высокой степенью миопии, как одной из основных причин нарушения зрения, на основании анализа данных зарубежных исследований (Department of Ophthalmology, Osaka University Medical School, Japan).

В одном из исследований принимали участие 23 пациента из Osaka University Hospital с билатеральной миопией высокой степени (осевая длина глаза > 26,5 мм, аномалия рефракции 8 Д) и односторонней, впервые развившейся миопической ХНВ (мХНВ). Спектральная оптическая томография показала, что оба глаза имели нормальную макулу. Параметры глаза с впервые диагностированной ХНВ и миопического глаза сравнивали между пациентами. Показатели следующие - максимальная коррекция остроты зрения, внутриглазное давление (ВГД), аномалия рефракции, осевая длина глаза, плотность сосудов хориоидеи, задняя стафилома высотой 3 мм от центральной ямки сетчатки, длина РПЭ кривизной 6 мм, зарегистрированная на томограммах, дегенерация сосудистой оболочки и формирование лаковых трещин, измеренных в соответствии с опубликованными методами.

Результаты: ВГД, осевая длина глаза, аномалия рефракции существенно не отличались. Глаза с ХНВ характеризовались высокой степенью лаковых трещин. Толщина хориоидеи не имела значительных отличий. Особое значение имеет высота задней стафилемы от центральной ямки сетчатки, которая была гораздо больше в глазу с ХНВ, а также в данном анализаторе гораздо длиннее изгиб РПЭ.

Вывод: истончение собственно сосудистой оболочки глаза является результатом увеличения кривизны РПЭ, что является фактором риска развития односторонней мХНВ.

АКТУАЛЬНОСТЬ ИРИДОДИАГНОСТИКИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ ЦИВИЛИЗАЦИИ

Махмутова Ю.Р., Гизатуллина Р., Камалетдинов Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Нугуманова А.М., к.м.н., асс. Хамитова Г.Х.

Иридодиагностика, известная еще древним врачевателям, представляет собой относительно новый метод диагностики состояния организма посредством исследования радужной оболочки и зрачка глаза.

Целью нашего исследования было выяснить диагностическую ценность и актуальность использования данного метода при заболеваниях ЦНС, в частности, акцентировать внимание на изменениях ириса при аденомах гипофиза: строма радужной оболочки резко зашлакована; зависимость между степенью зашлакованности и размером опухоли не наблюдается; нервные кольца в виде разорванных дуг регистрируются редко (в 25% случаев); истончение зрачковой каймы; патологические изменения автономного кольца, «смытость» контуров, разорванность границ, а иногда и полное его отсутствие. В 66% случаев отмечается взбухание автономного кольца, а в 44% случаев – втяжение.

Иридодиагностика относится к высокоточным и при этом неинвазивным методам исследования, что выгодно отличает её от других диагностических процедур; наряду с этим отмечается высокая способность в выявлении патологических процессов на доклинической стадии их развития, что широко используется в профилактической медицине. Исследование проводится в комфортных условиях, абсолютно безболезненно, не имеет противопоказаний, не требует проведения каких-либо подготовительных процедур.

В наше время иридодиагностика при заболеваниях ЦНС является достаточно популярным диагностическим методом, используемым в комплексном исследовании пациентов, применяемым специалистами ведущих медицинских центров и научно-исследовательских институтов во всем мире.

О ФОРМИРОВАНИИ ТЕРМИНОВ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ

Фарук М.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Нугуманова А.М.

Введение. Традиционно в медицине считается, что многие термины происходят от латинского языка. Примером служат такие слова, как Anatomicus, Aorta, Lobus, Lympha, Myocardium и др., имеющие латинские корни. Однако, изучая дисциплину «Офтальмология», мы установили, что большинство офтальмологических специальных терминов имеют нелатинское происхождение.

Цель работы – установить язык, на основе которого чаще всего формируются термины в офтальмологии.

Материалы и методы исследования.

Изучение данных литературы и интернет-ресурсов о составе слов, которые легли в основу офтальмологических терминов.

Результаты работы.

Был произведен анализ корней слов, из которых формируются офтальмологические термины, в количестве около 500. Эти слова обозначали анатомию органа зрения, методы исследования, специальное офтальмологическое оборудование и заболевания глаз.

В результате исследования оказалось, что латинские корни присутствуют только в 20-30% случаев, большая часть терминов содержит корни греческого происхождения. Например, MaculaLutea (желтое пятно), Myopia (миопия), Cyanopsia (цианопсия), Diplopia (диплопия), Glaucoma (глаукома), Cataract (катаракта). В ходе проведенного нами исследования оказалось, что латинское происхождение имели только 20% терминов, 5% - смешанного, т.е., часть слова состояла из латинского корня, а другая - из греческого и 75% - греческого.

Также нами установлено, что корни греческого происхождения составляют не только анатомические термины, но и офтальмологическое оборудование. Например, Cryoextractor (криоэкстрактор), Dioptrometer (диоптриметр) или Ophthalmoscope (офтальмоскоп).

Заключение.

Основной вывод работы заключается в том, что греческий язык гораздо чаще является основой для формирования офтальмологических терминов. Знание этого принципа поможет студентам более успешно изучать офтальмологию и в связи с этим, для более успешного усвоения знаний, можно порекомендовать обучающимся, также ознакомиться с основами греческого языка.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ.

Расческов Г. А.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., доц. Ахметшин Р. Ф.

Актуальность проблемы объясняется высокой распространенностью (в РФ около 1 млн больных глаукомой), тяжестью процесса и неблагоприятным прогнозом. Ранняя диагностика, безусловно, существенно улучшает прогноз в отношении сохранности зрительных функций.

В настоящее время существует, так называемый «золотой стандарт» в диагностике первичной открытоугольной глаукомы (ПОУГ), который включает: компьютерную периметрию центральной зоны поля зрения; исследование диска зрительного нерва и нейроретинального пояса (слоя нервных волокон сетчатки) с помощью методов конфокальной лазерной сканирующей офтальмоскопии (HRT) и оптической когерентной томографии (ОСТ); исследование гидростатики (внутриглазного давления) и гидродинамике (тонография). Литературные данные о чувствительности каждого из вышеперечисленных методов разноречивы. Наиболее информативными, по мнению большинства авторов, являются периметрия и исследование диска зрительного нерва. Наименее информативным является исследование внутриглазного давления.

Большинство авторов признает важность в ранней диагностике ПОУГ гониоскопии, которая дает ценную информацию для диагностики. В последние годы незаслуженно мало, на наш взгляд, освещаются вопросы микросимптоматики глаукомы - изменения со стороны переднего отрезка глаза (дистрофические изменения радужки, цилиарного тела, сосудов конъюнктивы) и заднего отрезка глаза (сосудистые изменения диска зрительного нерва и сетчатки). Недостаточно освещены вопросы гемодинамических нарушений, как в сосудах глаза, так и в сосудах головного мозга и шеи в начальной стадии ПОУГ. Достаточно редко в последние годы в литературе появляются работы о роли нагрузочных и разгрузочных проб в диагностике. Ряд авторов считают, что возможности тонометрии далеко не исчерпаны, т.к. результаты зависят от различных факторов, которые в последние годы пытаются учитывать при определении истинного внутриглазного давления.

Все вышеизложенное говорит о необходимости дальнейшего изучения вопросов ранней диагностики ПОУГ, что будет представлено в наших дальнейших сообщениях.

ТАКТИКА РОДРАЗРЕШЕНИЯ У ЖЕНЩИН С ВЫСОКОЙ СТЕПЕНЬЮ МИОПИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Исмагилова З.М.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., асс. Хамитова Г.Х.

Актуальность проблемы. В настоящее время вопрос выбора тактики родоразрешения у женщин с высокой степенью миопии и периферическими изменениями сетчатки является актуальным, потому что нет единого решения данной проблемы. В Европе считается, что миопия высокой степени и периферические дегенерации сетчатки не являются показанием к кесареву сечению, поскольку беременность и роды не повышают риск отслойки сетчатки. А в России по-прежнему придерживаются противоположной тактики, где пациенток с высокой степенью близорукости продолжают направлять на кесарево сечение.

Задача. Провести ретроспективный анализ методов родоразрешения, подходов к ведению беременности и послеродового периода у женщин с миопией различной степени близорукости.

Материалы. Изучено 60 историй родов за 2005-2010 гг. по данным РКБ №2 г. Казани

Выводы. В результате проведенного исследования установлено отсутствие достоверной причинной связи между беременностью, родами и отслоением сетчатки.

Применение современных методов, таких как: периферическая лазеркоагуляция сетчатки, эпидуральная анестезия позволяют предупредить возникновение офтальмологических осложнений.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ИСТОЧНИКОВ ИСКУССТВЕННОГО ОСВЕЩЕНИЯ РАЗЛИЧНОГО ТИПА НА ОРГАН ЗРЕНИЯ

Бухарова Е.Я.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., доц. Нугуманова А.М.

В век научно-технического прогресса, источники лучистой энергии широко применяются в самых разнообразных областях жизни. Однако, их влияние на организм человека, и в особенности, на орган зрения, изучены недостаточно. В связи с этим, целью нашего исследования явилась оценка влияния различных источников искусственного освещения на орган зрения.

Методы исследования. Методом анкетирования проведен опрос 144 студентов 5 курса лечебного факультета Казанского государственного медицинского университета и работников КТЭЦ-3 г.Казани в количестве 56 человек, среди студентов: 120 женского пола, 24 мужского пола; КТЭЦ-3: 25 женского пола, 31 мужского. Возраст студентов - 21-28 лет(среднее-21,9+-1,4), работники КТЭЦ-3 - 20-60 лет (среднее - 43,3+-2).

В качестве источников искусственного освещения мы рассматривали лампы накаливания, энергосберегающие, люминесцентные и светодиодные лампы.

Полученные результаты. Прежде всего, следует отметить, что у большинства опрошенных снизилось зрение за период учебы/работы, (стаж работы – 5 и более лет). Из них, 35% работников ТЭЦ-3 связывают ухудшение зрения с плохой освещенностью рабочего места и 24,8% студентов – с увеличением зрительной нагрузки.

Исследование показало, что более половины опрошенных лиц используют в процессе своей работы энергосберегающие лампы – 95% работников ТЭЦ-3 и 82% студентов. Однако, большинству работников ТЭЦ-3 и студентам КГМУ комфортнее работать с люминесцентными лампами, чем с энергосберегающими (ответили 76,1% и 83,7% опрошенных соответственно). При использовании вторых они отмечали чаще боль и слезотечение. 1% опрошенных работников и 1% студентов сообщили, что им комфортнее работать с лампами накаливания и 26% и 16% - с энергосберегающими лампами.

При этом, было установлено, что только 5-7% лиц, пользующихся энергосберегающими лампами, знают, что одна разбитая ртутная лампа делает непригодным нахождение людей в помещении площадью 50 м², а 95% опрошенных выбрасывают энергосберегающие лампы в мусор, не утилизируя их по правилам.

Заключение. При сравнении влияния люминесцентных, энергосберегающих, светодиодных светильников на орган зрения, было установлено, что работа в условиях светодиодного освещения по сравнению с люминесцентным, более комфортна для глаз.

ЛАЗЕРЫ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ – 50 ЛЕТ УСПЕШНОГО ПРИМЕНЕНИЯ

Фарук М.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., доц. Нугуманова А.М.

Введение. Около 50 лет назад в медицине стали использовать лазерное излучение. Слово «LASER» является аббревиатурой от английского «Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation». В современной медицине лазерное лечение по праву занимает ведущее место, так как по сравнению с лекарственными препаратами и хирургическими методами, является эффективным, безвредным, бескровным, безболезненным, не требующим отказа от обычного образа жизни. Одной из первых отраслей медицины, в которой лазер нашел для себя активное применение, была офтальмология.

Цель работы – изучение опыта применения лазеров в офтальмологии.

Результаты. В ходе работы (анализ интернет-ресурсов, литературных данных) стало известно, что концепция терапии глазных заболеваний с использованием света впервые была обнародована М.Свитчером в 1949г. Он показал, что световые ожоги могут быть полезны для глаза. К середине 1950-х годов, компанией Zeiss был разработан ксенонный фотокоагулятор, который позволял эффективно герметизировать разрывы сетчатки, но интенсивность луча было трудно контролировать, и это вызвало большие и тяжелые ожоги.

Открытие аргонного лазера в 1964 году Бриджем позволила начать его применение для коагуляции сосудов сетчатки.

Следующим этапом было изобретение YAG-лазера. В 1960-1970гг. его начали использовать для лечения заболеваний макулы. Примерно в эти же годы началось применение лазера и для лечения глаукомы – стали проводиться лазерная трабекулопластика и иридэктомия. Широко используются лазеры и в лечении вторичной катаракты.

В 1980г. была открыта эксимерлазерная абляция роговицы - LASIK (Laser-Assisted in Situ Keratomileusis). Данная операция позволяет исправить различные нарушения зрения: близорукость, дальнозоркость, астигматизм. Операция выполняется быстро и позволяет вернуть человеку хорошее зрение.

Кроме перечисленного, лазеры активно используются в асептической фототерапии для предоперационной подготовки больного, лечения больных с бактериальными язвами роговицы, эндоназальной дакриоцисториностомии.

Таким образом, изобретение лазеров было одним из знаменательных моментов в медицине и особенно, в офтальмологии. Список болезней и преимуществ использования лазеров пополняется с каждым годом, необходимо развивать это направление и дальше.

ПОРАЖЕНИЕ ЗРИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗАТОРА КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ХОРИОИДАЛЬНОЙ НЕОВАСКУЛЯРИЗАЦИИ НА ФОНЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ МИОПИИ

Махмутова Ю.Р., Салахова Л.И., Фомичев Д.В.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – к.м.н., асс. Нугуманова А.М., к.м.н., асс. Хамитова Г.Х.

Хориоидальная неоваскуляризация (ХНВ) развивается на фоне миопии высокой степени. К основным факторам развития ХНВ относят наследственные обменные изменения в хориокапиллярном слое и ретинальном пигментном эпителии (РПЭ). Среди факторов риска выделяют различные глазные состояния.

Основная цель нашего исследования заключалась в выявлении факторов риска развития ХНВ у пациентов с высокой степенью миопии, как одной из основных причин нарушения зрения, на основании анализа данных зарубежных исследований (Department of Ophthalmology, Osaka University Medical School, Japan).

В одном из исследований принимали участие 23 пациента из Osaka University Hospital с билатеральной миопией высокой степени (осевая длина глаза > 26,5 мм, аномалия рефракции 8 Д) и односторонней, впервые развившейся миопической ХНВ (мХНВ). Спектральная оптическая томография показала, что оба глаза имели нормальную макулу. Параметры глаза с впервые диагностированной ХНВ и миопического глаза сравнивали между пациентами. Показатели следующие - максимальная коррекция остроты зрения, внутриглазное давление (ВГД), аномалия рефракции, осевая длина глаза, плотность сосудов хориоидеи, задняя стафилома высотой 3 мм от центральной ямки сетчатки, длина РПЭ кривизной 6 мм, зарегистрированная на томограммах, дегенерация сосудистой оболочки и формирование лаковых трещин, измеренных в соответствии с опубликованными методами.

Результаты: ВГД, осевая длина глаза, аномалия рефракции существенно не отличались. Глаза с ХНВ характеризовались высокой степенью лаковых трещин. Толщина хориоидеи не имела значительных отличий. Особое значение имеет высота задней стафилемы от центральной ямки сетчатки, которая была гораздо больше в глазу с ХНВ, а также в данном анализаторе гораздо длиннее изгиб РПЭ.

Вывод: истончение собственно сосудистой оболочки глаза является результатом увеличения кривизны РПЭ, что является фактором риска развития односторонней мХНВ.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАЗЕРНОЙ ТРАНСКАНАЛИКУЛЯРНОЙ ДАКРИОЦИСТОРИНОСТОМИИ ПО ДАННЫМ РКОВ

Сидукова Ю.М.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – к.м.н., доц. Камалов З.Г.

Хронический дакриоцистит составляет по данным различных источников от 3 до 25% от общего числа больных с заболеванием глаз. Основной причиной хронического дакриоцистита является нарушение проходимости носослезного канала. Восстановление проходимости носослезного канала-дакриоцисториностомия является основой хирургического лечения хронического дакриоцистита. Дакриоцисториностомия наружным доступом имеет свои недостатки – операция трудоемкая как для хирурга, так и для пациента, возможно обильное кровоизлияние во время операции, затрудняющее ход дальнейшего оперативного вмешательства, иногда формируются коллоидные рубцы в области разреза кожи угла глаза - косметический дефект, часто наблюдается рецидивы заболевания и др. Целью исследования является определение эффективности лазерной трансканаликулярной дакриоцисториностомии у больных с хроническим дакриоциститом. Объект исследования - 40 больных с хроническим дакриоциститом от 18 до 86 лет, которые проходили стационарное лечение в Республиканской клинической офтальмологической больнице за период с сентября 2012 года по январь 2013 года. Предлагаемым способом было прооперировано 87,5% женщин и 12,5% мужчин поровну с правосторонней и левосторонней локализацией, из которых 62,5% пациентов из районов Татарстана и 37,5% - из Казани. При этом в раннем послеоперационном периоде выздоровление отмечено у 82,5%, улучшение – у 5%, отсутствие улучшения – у 12,5% прооперированных. Основными преимуществами данного метода, по сравнению с традиционным наружным доступом - разрезом кожи у внутреннего угла глаза, являются малая травматичность, отсутствие косметического дефекта, снижение риска профузного кровотечения, безболезненность, эндоскопический контроль на всех этапах операции. Данный метод рекомендуется для широкой клинической практики при лечении хронического дакриоцистита.

ПЕДИАТРИЯ

ЛЕЧЕНИЕ ИНГИБИТОРНОЙ ФОРМЫ ГЕМОФИЛИИ А ПО БОННСКОМУ ПРОТОКОЛУ

Шарафутдинова Д.Р.

Российский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., асс. Свирин П.В.

Цель работы: оценить эффективность индукции иммунной толерантности (ИИТ) у детей с ингибиторной формой гемофилии А по Боннскому протоколу.

Материалы и методы: Наблюдали 17 детей с ингибиторной гемофилией А в возрасте от 2 до 15 лет, получавших ИИТ. Из них высокорезагирующие (титр ингибитора более 5 единиц Бетезда — БЕ) — 13, низкорезагирующие (титр ингибитора — менее 5 БЕ) — 4. Все дети получали ИИТ по Боннскому протоколу концентратом ф. VIII, содержащим фактор Виллебранда. У высокорезагирующих детей начальная схема терапии была 151,5 МЕ/кг ± 33,5 МЕ/кг каждые 12 часов, у низкорезагирующих 122,5 МЕ/кг ± 15,5 МЕ/кг 1 раз в 2 дня. Для оценки периода полувыведения анализы активности фVIII брались по схеме - через 15 минут, 4, 8, 12, 24 ч после введения, далее с интервалом 12 ч в течение 4-5 дней. Период полувыведения считали нормальным в интервале 4 – 8 часов и более. Тест восстановления считали нормальным при значениях 1,5 и более. Титр ингибитора фVIII считался отрицательным при значении < 0,6 (БЕ). По критериям достижения эффективности ИИТ были выделены группы: полного успеха (ПУ) – отрицательный титр ингибитора в течение более 2 месяцев, не менее чем в двух последовательных исследованиях, нормализация теста восстановления и периода полувыведения, частичного успеха (ЧУ) – 2 из 3 критериев, частичного ответа (ЧО) – 1 из 3 критериев, отсутствие ответа (ОО) – нет ни одного из критериев на протяжении 12 месяцев и более.

Результаты: ПУ отмечали у 12 детей (71%), ЧО – 1 (5%), ОО – 4 (24%). Среди детей с отсутствием успеха (ЧО, ОО) - 2 (12%) прерывали курс ИИТ, 1 (6%) в течение курса перенес ветряную оспу, у 1(6%) при проведении ИИТ развилась катетер-ассоциированная инфекция. У 3(18%) с ЧО и ОО на фоне терапии высокими дозами фVIII в конце курса ИИТ, несмотря на сохранение ингибитора, не было проявлений геморрагического синдрома. После ИИТ 13 детей с ПУ и ЧО (77%) начали получать профилактическое лечение концентратом ф. VIII, 4 (24%) – лечение шунтирующими препаратами профилактически и по требованию.

Заключение: ИИТ у детей с ингибиторной формой гемофилии А по Боннскому протоколу – эффективный метод элиминации ингибитора, позволяющий перевести пациентов на профилактику препаратами ф. VIII. При возникновении таких отягчающих факторов, как прерывание курса ИИТ, ветряная оспа, катетер-ассоциированная инфекция прогноз ИИТ ухудшается.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ: ОТ КЛИНИКИ К ТЕРАПИИ

Загидуллина М.Г.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., доц. Осипова Н.В.

Желчнокаменная болезнь у детей становится актуальной проблемой в детской хирургии и гастроэнтерологии. Омоложение холелитиаза, обусловлено совокупностью ряда факторов, среди которых можно выделить: несбалансированное питание, ухудшение экологической обстановки, гиподинамию, наследственность, нейроэндокринные нарушения, аномалии развития желчевыводящей системы.

С целью изучения распространенности и клинических особенностей желчнокаменной болезни у детей нами был проведен анализ 99 историй болезни детей с желчнокаменной болезнью в возрасте от 2 до 17 лет на кафедре госпитальной педиатрии на базе ДРКБ МЗ РТ.

Результаты проведенного исследования показали, что среди 99 детей с желчнокаменной болезнью 48,5% составляют дети от 12 до 14 лет, 25,2% от 7 до 11 лет, 14,1% от 3 до 6 лет и 12,1% от 15 до 17 лет. Холелитиаз в детском возрасте протекает в трех клинических формах: бессимптомное течение (51,3%), болевая форма (12,1%) и желчная колика (30%). В анамнезе у пациентов: острый аппендицит – 2, спаечная болезнь – 2, острый панкреатит – 2, гипоплазированный «щелевидный» ЖП с

утолщенными стенками до 5 мм, камень в пузырном протоке, холедохолитиаз, операция по поводу кисты холедоха, «отключенный» ЖП, полностью заполненный множеством конкрементов.

Клиническая картина заболевания зависела от места расположения камней. У детей с конкрементами в области дна желчного пузыря (42,4%) в 4 раза чаще встречалось бессимптомное течение заболевания по сравнению с больными, у которых камень находился в области тела (10,1%) и шейки пузыря (14,1%). У 26 детей конкременты в желчном пузыре явились неожиданной находкой при проведении ультразвукового исследования гепатобилиарной системы. По нашим данным наследственная предрасположенность по желчнокаменной болезни имела у 29,3%. В 42,4% случаев холелитиаза у детей операцией выбора стала лапароскопическая холецистэктомия.

Таким образом, показаниями к проведению холецистэктомии явились: пороки развития желчных путей, нарушение функции желчного пузыря, множественные подвижные конкременты, холедохолитиаз.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ НЕРВНО-МЫШЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ.

Л.Д. Салихова

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Билялов М.Г.**

Цель: Изучение патогенеза нейромышечной дисфункции мочевого пузыря (код N31.0) на надсегментарном уровне.

Анализируются данные 92 больных (М – 50, Д – 42), 4-14 лет, у которых признаками дисфункции были недержание мочи во время ночного сна у 81 (88,0%), недержание мочи во время дневного сна у 6 (6,5%), императивные позывы у 57 (61,9%), поллакиурия у 59 (64,1%), императивное недержание мочи у 46 (50,0%), нелокализованные боли в животе у 3 (3,3%) и увеличение утреннего эффективного объема мочевого пузыря у 57 (61,9%), недержание кала у 3 (3,3%). В результате проведения ретроградной цистометрией выявлены незаторможанный мочевой пузырь: гиперрефлекторный у 43 б-х (46,7%); норморефлекторный у 30 (32,6%); гипорефлекторный у 19 (20,6%), в т.ч. постуральный, соответственно у 9 (9,8%), у 7 (7,6%) и у 5 (5,4%). 73 пациентам проведена краниография.

На снимках черепа выявлены: выраженность пальцевых вдавлений у 36 (49,3%); подчеркнутость сосудистых борозд диплоических вен у 13 (17,8%), ямок пахионовых грануляций у 11 (15,1%), поперечного синуса у 5 (6,8%), клиновидно-теменного синуса у 2 (2,7%), а. meningia media у 2 (2,7%), сигмовидного синуса у 1 (1,4%), боковых лакун у 1 (1,4%), ленто-видное просветление теменных канальцев вен-выпускников (эмиссариев) у 1 (1,4%), большое теменное отверстие у 1 (1,4%). Нарушений формы черепа, изменений костей свода черепа, черепных швов и турецкого седла не выявлено.

Высокий уровень (у 50,0% обследованных) признаков интракраниальной гипертензии, косвенно свидетельствуют о нарушении мозгового кровообращения у больных с изучаемой патологией. Этот метод позволяет расширить возможности изучения надсегментарных механизмов патогенеза дисфункций мочевого пузыря и способствует поиску адекватных методов диагностики и лечения их.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВЫЯВЛЕНИЯ АЛЛЕРГИИ К ПИЩЕВЫМ КРАСИТЕЛЯМ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Титова Н.Д.

**Витебский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Новиков Д.К.**

Целью настоящего исследования явилось выявление и сравнительный анализ клинического значения антител различных классов и сенсибилизации гранулоцитов к пищевым красителям у детей с бронхиальной астмой и атопическим дерматитом.

Материалы и методы исследования. Обследовано 68 детей с бронхиальной астмой и атопическим дерматитом и 40 детей контрольной группы без аллергопатологии. Определение IgE, IgG и IgA антител к красителям в сыворотки крови детей проводилось стандартным методом иммуноферментного анализа (ELISA). Сенсибилизацию гранулоцитов определяли в аллергенспецифическом тесте – реакции выброса миелопероксидазы гранулоцитами под влиянием аллергена.

Результаты исследования. К пищевым красителям (тартразину, индигокармину, понсо, кармуазину, солнечному желтому) в сыворотке крови у 31 из 68 (45,6%) детей с бронхиальной астмой и атопическим дерматитом присутствовали IgE-антитела, у 25 (36,8%) IgG-антитела, у 26 (38,2%) IgA-антитела, сенсибилизация гранулоцитов к пищевым красителям в реакции выброса миелопероксидазы была найдена у 30 (44,1%) детей, что достоверно чаще, чем в контрольной группе ($p < 0,05$). Как правило, у детей имела место полисенсибилизация к пищевым красителям: у 24 (35,3%) детей IgE-антитела и сенсибилизация гранулоцитов выявлялась сразу к 2-4 и более пищевым красителям. Частое присутствие в крови IgE-антител и сенсибилизации гранулоцитов сразу к нескольким пищевым красителям, возможно, объясняется частым использованием в промышленности их смесей и кроме того, возможностью перекрестных реакций между азокрасителями из-за сходной химической структуры. Данные анамнеза положительно коррелировали с наличием IgE-антител к красителям ($r = 0,794$, $p < 0,05$).

Наличие IgE-антител к красителям часто сочетается с сенсибилизацией гранулоцитов, между этими показателями имеется положительная корреляционная взаимосвязь от умеренной до высокой степени выраженности ко всем исследованным пищевым красителям. У детей с атопическим дерматитом по сравнению с детьми с бронхиальной астмой достоверно чаще выявлялись IgE-антитела и сенсибилизация гранулоцитов к таким красителям как тартразин, солнечный желтый и кармуазин, можно предположить, что эти красители чаще служат аллергенами при атопическом дерматите.

Вывод: Выявление IgE-антител и сенсибилизации гранулоцитов к пищевым красителям не только указывает на их клиническую значимость в развитии бронхиальной астмы и атопического дерматита, но и на необходимость тщательного исключения этих добавок из пищи и лекарств, особенно у детей с отягощенным аллергоанамнезом.

УРОВЕНЬ МОТИВАЦИИ К ГРУДНОМУ ВСКАРМЛИВАНИЮ У РОЖЕНИЦ

Воронцова И.А., Коновалова Т.Б., Титова А.А

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., асс. Полякова О.И.**

Программа по борьбе за грудное вскармливание занимает ведущее место в деле оздоровления детей. Основным фактором успеха естественного вскармливания является уверенность женщины в своей способности кормить грудью. Данная уверен-

ность формируется в результате работы женщины во время беременности, опыта предыдущих поколений, чтения литературы, уровня образования, готовности семьи к правильному восприятию грудного вскармливания и успешного периода становления лактации. Задача медицинского работника – выработать у женщины устойчивую доминанту на грудное кормление.

Цель: анализ уровня мотивации к грудному вскармливанию у рожениц и степень их осведомленности.

Материалы и методы: на базе родильного дома № 3 было проведено анкетирование 50 рожениц на предмет желаний кормить грудью, длительности грудного вскармливания, степени теоретической подготовки и источников их знаний.

Результаты: анкетирование показало, что все опрошенные желают кормить грудью; 1/3 плохо теоретически подготовлены по грудному вскармливанию; только 44% опрошенных женщин посещали лекции по грудному вскармливанию; основными источниками информации являются книги, журналы, интернет и советы близких.

Выводы: нарушение техники грудного вскармливания зачастую приводит к нежелательным последствиям, как со стороны матери, так и со стороны ребенка. Поэтому необходимо улучшить работу с женщинами до и после родов для достижения более высокого качества грудного вскармливания.

ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Батыршина Л.И.

Казанский государственный медицинский университет

Руководители - д.м.н., проф. Пикуза О.И., к.м.н., асс. Галимова Л.Ф.

Актуальность. Внебольничная пневмония (ВП) ввиду ее медицинской и социальной значимости многие годы находится в центре внимания педиатров. Парадокс этой патологии заключается в том, что, с одной стороны, достигнуты впечатляющие результаты в понимании патогенеза инфекционного процесса, повышении эффективности химиотерапии, а, с другой, происходит увеличение числа больных с тяжелым течением болезни.

Цель исследования. Проанализировать клинико-лабораторные особенности течения внебольничной пневмонии у детей.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 45 детей с диагнозом ВП средней степени тяжести в возрасте от 7 до 17 лет. В ходе исследования по данным анализа амбулаторных карт (форма №025/у-04), медицинских карт стационарного больного (форма №003/у) рассматривались такие показатели как начало проявления первых симптомов заболевания, сроки госпитализации и данные общего анализа крови (ОАК).

Полученные результаты. Клинический анализ показал, что подозрение на ВП на этапе амбулаторно-поликлинического обслуживания возникало при наличии у больного субфебрильной температуры, кашля, анорексии, повышенной утомляемости, начало заболевания носило вялый характер. В связи с этим большинство больных были госпитализированы на поздних сроках заболевания: на 6-7-й день – 34,6%(17), на 10-14-й дни – 36,7%(18), более чем через 2 недели от начала заболевания – 14,2%(7), и лишь 12,2% поступили в первые 3 дня от начала заболевания. При этом следует подчеркнуть, что практически половина наблюдаемых детей (48,5%) в амбулаторных условиях уже получила антибактериальную терапию, которая не оказала положительного эффекта. Более того 16,3% детям было назначено 2 и более курсов антибактериальной терапии. Изучение ОАК показало, что лейкоцитоз отмечался лишь у 32,6% обследованных, а СОЭ была увеличена только у 18 из 49 пациентов, в основном в пределах 20-25 мм/час.

Заключение. Итак, как видно из результатов наших исследований, четко прослеживается трансформация клинического течения ВП. Учитывая происходящую трансформацию бронхо-легочных заболеваний, представляет значимость разработка новых критериев, позволяющих своевременную постановку диагноза и проведение рациональной терапии больным детям.

ГИПОТЕРМИЯ ПРИ РОЖДЕНИИ – ПОЛЬЗА ИЛИ ВРЕД?

Гашыгуллина А.Ф., Фатхрахманова А.А.

Казанский государственный медицинский университет

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

Первые попытки научно обоснованного применения гипотермии у новорожденных относятся к концу 50-х гг. прошлого века (В. Westin, 1959). Краниocereбральная гипо-термия — охлаждение головного мозга через наружные покровы головы. В современных правовых документах органов практического здравоохранения по реабилитации новорожденных, испытавших ante- и интранатальную гипоксию, не предусмотрено использование гипотермии. В то же время тяжелая асфиксия новорожденных в структуре причин инвалидизации детей раннего возраста занимает ведущее место.

Методы: Анализ отечественной и иностранной литературы по использованию гипотермии у новорожденных.

Цель: Способствовать изменению подхода в реабилитации детей, родившихся в асфиксии.

Результаты: В результате анализа литературы пришли к заключению, что в каскаде компенсаторно-приспособительных реакций при гипотермии первоначально активируются кожные холодовые рецепторы и гипоталамический центр регуляции. В начальной стадии переохлаждения происходит перераспределение крови в организме — сужение периферических кровеносных сосудов, которое возникает при воздействии холода, ведет к увеличению поступления крови к внутренним органам и усилению кровотока, вследствие чего уменьшается теплоотдача и увеличивается теплопродукция, особенно в бурой жировой ткани. Наблюдается усиление деятельности сердца, повышается частота сердечных сокращений, двигательная активность. Важную роль в развитии этих реакций играет секреция норадреналина в ответ на переохлаждение. При гипотермии происходит снижение потребности нервных клеток в кислороде, вследствие чего уменьшается интенсивность обменных процессов в клетке, удлиняется выживаемость нервных клеток при аноксии. В настоящее время рандомизированными исследованиями доказана эффективность использования средней гипотермии при рождении детей в тяжелой асфиксии, начатое в пределах 6 часов после рождения и продолжающееся в течение 72 часов. Для охлаждения поверхности головы с целью преимущественного снижения температуры головного мозга применяются различные средства: резиновые или пластиковые пузыри, наполненные льдом, охлаждающие смеси, специальная аппаратура.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ МУТАЦИИ ГЕНА DELF508 У ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ ПО РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Мурадова Т. М., Исламова И. М.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., доц. Рылова Н. В.

Мутация гена *delf508* у больных муковисцидозом является наиболее распространенной. Раннее выявление мутации гена с помощью ДНК-диагностики позволяет своевременно начать комплексную терапию и улучшить прогноз для жизни и здоровья пациента.

Цель: установить взаимосвязь между мутацией гена *delf508* и степенью тяжести поражения гепатобилиарной системы и поджелудочной железы.

Материалы и методы исследования: были проанализированы результаты генетического обследования 50 пациентов центра муковисцидоза РТ.

Результаты: среди пациентов центра МВ РТ доля тюркской и славянской этнических групп составляет 57% и 32% соответственно (11% - смешанная группа). Доминирующей мутацией во всех народностях является *delf508* - 53% пациентов. Другие мутации гена *CFTR* (*del121kb*, *2143delT*) встречаются редко - идентифицированы у 10% пациентов. Генотип не идентифицирован у 37 % пациентов, которые относятся к тюркской этнической группе. При этом у больных с мутацией гена *delf508* наблюдалось тяжелое течение заболевания, раннее развитие осложнений со стороны гепатобилиарной системы и поджелудочной железы: портальной гипертензии, цирроза печени, сахарного диабета (6%).

Выводы: мутация гена *delf508* ассоциируется с тяжелым течением заболевания, с преимущественным поражением гепатобилиарной системы и поджелудочной железы. Кроме того, имеет место раннее развитие угрожающих жизни осложнений, тогда как остальные мутации реже приводят к серьезным осложнениям.

ФАКТОРЫ РИСКА ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

Красильникова Е.Н.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Маланичева Т.Г.

Проведено изучение степени влияния и силы вклада факторов риска, действующих в различные периоды жизни ребенка, начиная с антенатального периода в формировании осложненных форм атопического дерматита (АД) грибковой инфекцией у детей. Для этого использовался Байесовский подход, в основе которого лежит представление о пропорциональности вероятности развития заболевания вероятности фактора риска. Выявлено, что из антенатальных факторов на развитие осложненного течения АД влияние оказывают: применение беременной антибиотиков ($r = 0,26$; $p < 0,05$) и обострение кандидозного вульвовагинита ($r = 0,52$; $p < 0,001$). Из неонатальных факторов: применение антибиотиков у новорожденных 18,8 % ($r = 0,26$; $p < 0,05$); наличие у новорожденных кандидозного стоматита ($r = 0,39$; $p < 0,001$). Среди алиментарных факторов выявлена корреляция между данной формой аллергии и непереносимостью кисломолочных продуктов ($r = 0,25$; $p < 0,05$). Среди микробиологических факторов: проживание в старых домах ($r = 0,32$; $p < 0,01$), сырых помещениях ($r = 0,28$; $p < 0,05$) и наличие плесени ($r = 0,26$; $p < 0,05$). Среди профессиональных вредностей: работа матери с грибами - 18,8 % ($r = 0,27$; $p < 0,05$) и контакты с антибиотиками во время беременности - 17,1 % ($r = 0,26$; $p < 0,05$). Важное место в развитии микотической инфекции занимает нерациональная терапия АД и других заболеваний у ребенка: частое применение антибиотиков ($r = 0,38$; $p < 0,01$), а также длительное ($r = 0,42$; $p < 0,01$) и частое использование топических кортикостероидов ($r = 0,40$; $p < 0,001$). Изучение суммарного вклада комплекса факторов в формировании осложненных форм АД показало, что наибольший вклад дают факторы семейной отягощенности (22 %), в том числе дерматомикозы у матери, онихомикозы у родителей ребенка и хронический кандидозный вульвовагинит у матери; а также микробиологические факторы (19 %), нерациональная терапия АД и других заболеваний у ребенка (17,5 %) и антенатальные факторы (12,5%). Полученные данные необходимо использовать для разработки комплекса профилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости осложненными формами АД вторичной грибковой инфекцией у детей.

МИКРОБИОЦИНОЗ КОЖИ У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Самигуллина С.Б.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Маланичева Т.Г.

Проведено изучению видового состава микрофлоры кожных покровов у 198 детей, страдающих атопическим дерматитом (АД), в возрасте от 6 мес. до 15 лет с хроническим непрерывно-рецидивирующим течением заболевания. Всем пациентам проводилось культуральное микробиологическое исследование пораженных участков кожных покровов. Анализ результатов показал, что у обследованных детей в 84,9% случаев выявлена стафилококковая колонизация кожных покровов. Из них в изолированном виде стафилококк высевался у 44,6% детей, в ассоциации с грибами - 41,7%, в ассоциации с другой бактериальной флорой - 7,7 %, в ассоциации с грибами и другой бактериальной флорой - 6,0%. В структуре стафилококковой колонизации кожных покровов *Staphylococcus aureus* составил 54,7%, *Staphylococcus epidermidis* - 38,7%, ассоциация *Staphylococcus aureus* и *Staphylococcus epidermidis* - 6,6%. Изолированная колонизация кожи грибами чаще наблюдалась у детей школьного возраста: в возрастной группе 7-12 лет - 36,8%, в возрасте 12-15 лет - 42,1%. Результаты микологического исследования показали, что у 47,3% детей с грибковой колонизацией кожи высевались дрожжевые грибы (рода *Candida*, *Rhodotorula rubra*), у 31,6% - мицелиальные дерматофиты, у 10,6% - плесневые грибы (*Aspergillus*, *Risopus nigricans*) и у 10,5% - ассоциации нескольких видов грибов. Установлено, что изолированная стафилококковая колонизация кожи чаще выявляется у детей младшего возраста и характеризуется среднетяжелым течением заболевания, и преобладанием локализованных форм. Тогда как в школьном возрасте у детей чаще высеваются стафилококки в сочетании с грибковой микрофлорой, что утяжеляет течение атопического дерматита и ведет к увеличению площади поражения с преобладанием распространенных форм заболевания.

Таким образом, у детей с хроническим непрерывно-рецидивирующим течением атопического дерматита и резистентностью к традиционной противоаллергической терапии наблюдается нарушение микробного пейзажа кожи, что требует своевременной терапевтической коррекции.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ

Захарова Д.А., Калимуллина А.В.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., доц. Закирова А.М.

С целью разработки системы реабилитации детей с отклонениями в развитии, оставшихся без попечения родителей в условиях психоневрологического отделения проведено комплексное изучение состояния здоровья 43 пациента (24 мальчика и 19 девочек) в возрасте от 1 месяца до 4 лет. Все дети были осмотрены квалифицированными специалистами: кардиолог, эндокринолог, гастроэнтеролог, невропатолог, ЛОР-врач, при необходимости психиатр, аллерголог. Среди осмотренных лишь 9,3% составили здоровые дети. У остальных выявлено значительное количество различных заболеваний. Чаще диагностировали перинатальное поражение головного мозга с гипертензионно-гидроцефальным синдромом, мышечной гипотонией, функциональную диспепсию, неврозоподобный синдром, синдром гипертрофию небных миндалин. Также были поставлены такие диагнозы как: атопический дерматит младенческая форма, белково-энергетическая недостаточность, алкогольный синдром плода, различные пороки развития от незаращения мягкого и твердого неба до врожденных пороков сердца. Впервые диагнозы были установлены в 74,4% случаев. При необходимости дети направлялись на хирургическое лечение в ГАУЗ ДРКБ МЗ РТ. Большинство детей отстают в физическом и нервно-психическом развитии. Микросоматический тип физического развития имели 62,5% мальчиков и 68,4% девочек, дисгармоничное и резко дисгармоничное развитие, соответственно –33,3% и 31,5%; каждый 6-й мальчик и каждая 5-я девочка с недостаточностью питания. Глубокое отставание в нервно-психическом развитии имели 47,0% детей на втором, 45,0% на третьем, каждый 3-й ребенок на четвертом году жизни. Анализ заболеваемости детей, оставшихся без попечения родителей, в условиях психоневрологического отделения позволяет определить первоочередные задачи по оказанию специализированной помощи данной группе пациентов.

НАРУШЕНИЕ ФОСФОРНО-КАЛЬЦИЕВОГО ОБМЕНА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Вдовин Д.А.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Макарова Т.П.

Цель исследования : определить характер изменения фосфорно-кальциевого обмена у детей с хронической почечной недостаточностью.

Задачи исследования: определить изменения уровня кальция в крови в соответствии со скоростью клубочковой фильтрации у пациентов с хронической почечной недостаточностью.

Хроническая почечная недостаточность возникает у 200-500 из одного миллиона человек. В настоящее время количество больными хронической почечной недостаточностью увеличивается на 10-12%. Нами был проведен ретроспективный анализ историй болезней пациентов нефрологического отделения Детской республиканской клинической больницы. Всего было проанализировано 40 историй болезней за период с 2007 по 2011 год. За указанный период на стационарном лечении с диагнозом хронической почечной недостаточности находилось 40 человек.

В своей работе мы опирались на данные биохимического анализа крови. Скорость клубочковой фильтрации была рассчитана на основании формулы Шварца: $\text{Клиренс креатинина} = K \times \text{рост (см)} \times 80 / \text{креатинин сыворотки (мкмоль/л)}$, где $K * 0,55$ для всех детей в возрасте от 2 до 12 лет и для девушек от 13 до 18 лет. Для юношей от 13 до 18 лет $K = 0,77$.

Нами были получены следующие результаты при скорости клубочковой фильтрации от 60-89 мл/мин средней уровень Са 1,95 ммоль /л(на 11% ниже нормы), от 30-59 мл/мин средней уровень Са 1,6 ммоль/л (на 25% ниже нормы), от 15-29 мл/мин средней уровень Са 0,94 ммоль /л(на 55% ниже нормы), ниже 15 мл/мин уровень Са 0,94 ммоль/л ; Р 3,12 ммоль/л(Са на 55% ниже нормы, Р на 200% выше нормы).

Выполнил: таким образом мы можем утверждать, что при нарастании хронической почечной недостаточности происходит снижение уровня Са в крови ,а при терминальной стадии хронической почечной недостаточности нарастает уровень Р в крови.

СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Ненартович И.А.
Белорусский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Жерносек В.Ф.

Цель. Определить удельный вес пациентов со структурными изменениями легких среди детей школьного возраста со среднетяжелой и тяжелой бронхиальной астмой; представить характеристику этих изменений.

Методы исследования: компьютерная томография высокого разрешения органов грудной клетки; обработка данных проводилась с использованием программного пакета Microsoft Excell 2010 и Statistica 6.0. Законные представители каждого пациента дали информированное согласие на выполнение программы исследования.

Полученные результаты. Обследовано 70 пациентов со среднетяжелой и тяжелой бронхиальной астмой. Средний возраст обследованных составил 11,23 [6:17] лет. Преобладали мальчики 61,4% (43/70). У 57% (40/70) пациентов по данным выявлены структурные изменения легких, без статистически значимых различий в удельном весе пациентов со структурными изменениями легких по гендерной принадлежности: 55,8% мальчиков и 59,2% девочек (критерий Фишера = 0,06). Характер выявленных изменений был следующим: пневмофиброз-45% (18/40), усиление и деформация легочного рисунка- 32,5 % (13/40), субплевральные узелки 12,5% (5/40), эозинофильные инфильтраты 5% (2/40), эмфизема - 5% (2/40).

Заключение: у большей части обследованных пациентов со среднетяжелой и тяжелой бронхиальной астмой выявлены структурные изменения легких вне зависимости от гендерной принадлежности пациентов.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОЛИКИСТОЗА ПОЧЕК С АУТОСОМНО-РЕЦЕССИВНЫМ ТИПОМ НАСЛЕДОВАНИЯ

Вдовин Д.А., Ибниева Л.Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Макарова Т.П.

Поликистоз почек с аутосомно-рецессивным типом наследования, обусловлен мутацией гена PKHD1, локализованный бр21.1-p12. Частота встречаемости данной патологии в популяции составляет 1:10000.

Пациент Т.2006 г.р. заболевание дебютировало с мочевого синдрома в возрасте 3х месяцев. С января 2007 года наблюдался и лечился в педиатрическом отделении детской республиканской клинической больницы. В марте 2007 года был выставлен диагноз: Поликистоз почек. Пиелонефрит вторичный, хронический.

Ультразвуковое исследование почек от 30.04.2007г. – левая почка 89*42 мм, паренхима 15 мм. Правая почка 82*39 мм, паренхима 15 мм. Эхогенность повышена, дифференциация плохая, контуры нечеткие. В паренхиме обеих почек визуализируются мелкие гипэхогенные включения диаметром 1,5-3,0 мм (кисты). почек, увеличение размеров печени, неоднородность структуры паренхимы правой доли печени за счет множественных мелких зон, не накапливающих и слабо накапливающих контраст (нельзя полностью исключить поликистоз печени), небольшое расширение желчевыводящих путей

26.08.2008 по 16.09.2008 г находился на стационарном лечении в педиатрическом отделении с диагнозом: Поликистоз печени и почек. Хроническая почечная недостаточность, интермиттирующая стадия. Пиелонефрит вторичный, хронический, обструктивный, непрерывно рецидивирующий, стадия

26.09.2011г. для дальнейшего обследования и лечения больной поступил в нефрологическое отделение детской республиканской клинической больницы. Состояние больного при поступлении тяжелое. Тяжесть состояния больного обусловлена течением основного заболевания/ Телосложение правильное. Питание пониженное. Отстает в физическом развитии. Отеков нет. Микрополиадезия. Аускультативно–дыхание жесткое Хрипов нет. Частота дыхания до 34-36 в минуту, Явления дыхательной недостаточности–одышка инспираторная с участием вспомогательной мускулатуры, тахипноэ. Установлены дренажи в плевральные полости с обеих сторон. Отток жидкости через дренажи составляет до 300-400мл /сут. Живот мягкий, увеличен в объеме за счет гепатоспленомегалии. Стул ежедневно нормальный. Мочи нет.

Диагноз: хроническая почечная недостаточность, терминальная стадия. Поликистозная болезнь (поликистоз почек, поликистоз печени). Хронический пиелонефрит, вторичный обструктивный непрерывно-рецидивирующее течение.

СОСТОЯНИЕ РЕНИН–АНГИОТЕНЗИН–АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ ПРИ НЕФРОГЕННОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Мельникова Ю.С.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Макарова Т.П.

Цель исследования: изучить активность ренин-ангиотензин-альдостероновой системы при нефрогенной гипертензии у детей и подростков.

Материалы и методы: обследовано 30 детей и подростков в возрасте от 4 до 17 лет, находившихся на лечении в нефрологическом отделении ДРКБ МЗ РТ с диагнозом нефрогенная гипертензия. Верификация диагноза проводилась на основании общеклинических, биохимических, инструментальных (экскреторная урография, нефросцинтиграфия, ангиография сосудов почек, ультразвуковая доплерография, суточное мониторирование артериального давления, кардиоинтервалография) методов исследования. Специальные методы исследования включали определение активности ренина плазмы и концентрации ангиотензина I и альдостерона в периферической венозной крови с помощью радиоиммунологического анализа.

Результаты: паренхиматозная нефрогенная гипертензия была отмечена у 23 больных (77%), из них у 13 (57%) детей на фоне гломерулонефрита, у 10 (43%) - на фоне врожденной обструктивной патологии, осложненной пиелонефритом.

Вазоренальная нефрогенная гипертензия выявлена у 7 детей (23%), из них стеноз почечной артерии отмечался в 20% случаев, добавочная почечная артерия и гипоплазии основного ствола и внутриорганных ветвей почечных артерий – у 16% детей.

По результатам суточного мониторирования артериального давления стабильная артериальная гипертензия отмечалась у 67% детей, лабильная артериальная гипертензия – у 33%.

Наиболее высокие уровни ренина отмечались у больных с вазоренальной нефрогенной гипертензией по сравнению с паренхиматозной: $19,7 \pm 1,78$ и $14,3 \pm 2,37$ мкг/л/ч соответственно, $p < 0,05$. Концентрация ангиотензина I и альдостерона также была выше при вазоренальной нефрогенной гипертензии, чем при паренхиматозной и составила: ангиотензин I – $19,2 \pm 1,56$ и $13,8 \pm 2,24$ нг/мл, альдостерон – $670,12 \pm 137,12$ и $410,63 \pm 95,48$ пг/мл соответственно, $p < 0,05$.

Выводы: нефрогенная гипертензия сопровождается достоверным повышением активности ренина плазмы, уровня ангиотензина I и альдостерона в сыворотке крови. При анализе в зависимости от вида нефрогенной гипертензии максимальные значения ренина, ангиотензина I и альдостерона были выявлены при вазоренальной нефрогенной гипертензии.

ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПИТАНИЯ ШКОЛЬНИКОВ

Антонова А.Ю., Хасаншина Л.Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Закирова А.М.

Питание является одним из важнейших элементов здорового образа жизни. Обучение в школе, особенно в старших классах, приходится на период ускоренного роста и полового созревания. Кроме того, интенсивная умственная работа, физические нагрузки и стрессы требуют больших энергозатрат и высокую потребность в жизненно важных нутриентах. В питании важную роль играют своеобразие пищевого поведения учащихся, наличие его особых форм, уровень «пищевой» образованности. Санитарно-гигиеническое обследование организации питания показало, в школе имеются необходимые предпосылки для соблюдения учащимися основ здорового питания (оценка разнообразия меню, расчет меню-раскладок, качество приготовляемых блюд, организация обслуживания). Для целей исследования была разработана специальная анкета, включающая 30 вопросов. Опрос проводился анонимно. В число опрашиваемых вошли учащиеся шестых и десятых классов (всего 76 человек). В целом регулярно завтракают дома 64,5% учащихся. На вопрос о том, берут ли учащиеся завтрак в школу из дома, все ответили отрицательно. Это так же одна из характерных черт пищевого поведения современных школьников. Домашний завтрак у подавляющего большинства опрошенных состоит из чая, кофе и бутерброда. На употребление полноценного горячего завтрака

дома указали 18,4% респондентов. Не удивительно выглядит картина школьного обеда. «Ежедневно» и «как правило» обедают в школьной столовой 28,9% опрошенных. Примечательно, что достоверно чаще ($p < 0,05$) это делают мальчики, чем девочки (соответственно, 36,8% и 16,7%). Обращает на себя внимание, что около половины опрошенных (44,1% мальчиков и 53,7% девочек) ответили, что они «никогда» не обедают в школьной столовой. При оценке поступления с пищей источников необходимых для растущего организма нутриентов оказалось, что регулярно употребляют молочные продукты 61,4%, мясо и мясные продукты – 61,9%, рыбные – 12,3%, овощные – 57,4% опрошенных. На вопрос о достаточности знаний по гигиене питания утвердительно ответили 73,5% респондентов. Тем не менее более половины опрошенных (64,9%) при выборе блюд в школьной столовой руководствуются вкусовыми пристрастиями, только 11,7% респондентов учитывают питательную ценность приобретаемых в столовой блюд. 55,1% учащихся связывают свое самочувствие и работоспособность с питанием.

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ У ДЕТЕЙ

Насибуллина Э.Н.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - д.м.н., доц. Камалова А.А.

Цель исследования: оценка распространенности, причин и профиля пациента с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) на основе анализа историй болезни и собственных клинических наблюдений за 2012 год.

Материалы и методы исследования: исследование проводилось в гастроэнтерологическом отделении ДРКБ МЗ РТ г. Казани. В исследование вошли 152 детей, из них 99 мальчиков, 53 девочки. В возрастной структуре преобладали школьники. Так, до года было 4 детей, с 1-3 лет - 14 больных, с 4-7 лет - 22 детей, с 7-10 лет - 21 пациент, с 11-14 лет - 56 детей, старше 14 лет - 35 больных. Диагноз ГЭРБ выставлялся на основании жалоб, анамнеза, данных ФЭГДС и рентгеноконтрастного исследования (с проведением водно-сифонной пробы) у части больных.

Результаты. Пищеводные жалобы при поступлении имелись лишь у 20% больных, преимущественно школьников. Согласно эндоскопической классификации ГЭРБ (по G. Tytgat в модификации В.Ф. Приворотского) было выявлено 49% пациентов с I степенью рефлюкс-эзофагита (РЭ), 40% - со II степенью РЭ, 6% - с III степенью РЭ, РЭ IV степени диагностирован только у школьников (3,9% детей). Почти у половины пациентов (41%) рефлюкс носил смешанный характер (ГЭР+ДГР). У 37% пациентов диагноз РЭ был основным, из них у 3% детей была выявлена грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. 63% пациентов РЭ сопутствовал хроническому гастриту/гастродуодениту или язвенной болезни луковицы двенадцатиперстной кишки. За 2012 год наблюдали 2 детей с подозрением на пищевод Барретта, было рекомендовано морфологическое исследование слизистой пищевода.

Выводы. Современными особенностями ГЭРБ у детей являются: преобладание в структуре больных мальчиков, преимущественно школьного возраста, отсутствие специфичных пищеводных жалоб у большинства детей, независимо от возраста, и наличие рефлюкс-эзофагита 1 и 2 степени.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА АЛАЖИЛЯ

Рахмаева Р.Ф., Исмагилова Д.Р.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - д.м.н., проф. Макарова Т.П.

У новорожденных и детей первых месяцев жизни синдром холестаза является одним из ранних проявлений широкого спектра заболеваний гепатобилиарной системы. Синдром Алажиля занимает второе место среди причин неонатального холестаза, встречается с частотой 1:70.000 новорожденных.

В педиатрическом отделении ДРКБ МЗ РТ с февраля 2012г наблюдается ребенок (д.р.22.05.2011г) с синдромом холестаза, с первичными жалобами на гепатомегалию, бледность, зуд, иктеричность кожи с наличием геморрагических элементов, желтушность склер, ахолию стула, потемнение мочи, плохую прибавку в весе, задержку психомоторного развития. Желтушный синдром отмечался с рождения. В биохимическом анализе крови повышение общего билирубина до 20 норм (за счет прямой фракции), повышение ЩФ до 3-х норм, гипопроотеинемия. Уровни трансаминаз, ГГТП, холестерина во все госпитализации были в пределах нормы. При УЗИ исследовании, РКТ брюшной полости выявлены гепатоспленомегалия, уретерогидронефроз III ст справа, внепеченочный холестаз был исключен. По данным генетического анализа прогрессирующий внутриспеченочный холестаз I и II типа (синдром Байлера I и II типа) были исключены. Исследование уровня альфа-1-антитрипсина выявили нормальное его значение, что исключило врожденную форму антитрипсиновой недостаточности. Решающее значение в диагностическом поиске имело проведение пункционной биопсии печени в ноябре 2012г, по результатам которой выявлена гипоплазия внутриспеченочных желчных протоков. Для исключения синдромальной формы гипоплазии внутриспеченочных протоков были проведены эхокардиография (заключение: ООО 3 мм, ЛХЛЖ), офтальмоскопия (заключение: задний эмбриотоксон). Аномалии развития скелета на РКТ обнаружены не были. Наличие поражения почек, малых аномалий развития сердца, офтальмологического симптома в совокупности с гипоплазией внутриспеченочных желчных протоков позволило выставить заключительный диагноз: синдром Алажиля.

На фоне проводимой симптоматической терапии в период наблюдения синдром холестаза протекал волнообразно, усиливаясь на фоне интеркуррентных заболеваний, появились признаки портальной гипертензии. В настоящее время решается вопрос о возможности проведения родственной трансплантации печени, планируется перевод ребенка в ФНЦ трансплантологии и искусственных органов г. Москвы.

СТРУКТУРА ТРАВМ У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГОРОДА КАЗАНИ

Самсонова М.А., Камалова А.А., Осипова А.А.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., доц. Шакирова Л.З.

Детский травматизм представляет собой актуальную проблему здравоохранения, занимая значительный удельный вес в общей заболеваемости детей, а также являясь одной из ведущих причин смертности всего детского населения России и Республики Татарстан. Поэтому оказание своевременной и качественной медицинской помощи детям при травмах, включая скорую, должно опираться на знание их особенностей.

С целью изучения структуры травм у детей проведена сплошная выборка всех вызовов непрофильных бригад Центральной подстанции ГАУЗ «Станция скорой медицинской помощи» г. Казани (главный врач – Фатыхов А.М.) к детям при травмах за январь-ноябрь 2012 года (306 случаев).

Среди детей разных возрастов травматизм распределился неравномерно: грудной возраст - всего 18 человек (6%), далее – дети раннего, дошкольного и младшего школьного возрастов - по 14%, больше всех детей 12-15 лет и подростков (по 26%). Отмечалось преобладание в 1,5 раза мальчиков (n=181) над девочками (n=125). В большинстве случаев (94%) травмы были получены в домашних условиях (n=132 детей), на улицах (n=57) и общественных местах (n=63), в дорожно-транспортных происшествиях (n=35), гораздо реже в детских дошкольных учреждениях (n=2) и школах (n=16), что свидетельствует о пристальном контроле за безопасным поведением детей со стороны педагогов. Эти данные четко согласуются со временем суток и днем недели поступления вызова на станцию скорой помощи: доля травм, полученных с понедельника по четверг составила 11% в день, а в пятницу-воскресенье – от 18 до 23%; меньше всего травм (14%) происходило в период ночного сна (22.00-6.00), 32% - в первой половине дня (6.00-14.00) и максимальное число травм (54%) получено детьми с 14.00 до 22.00, что отражает результаты недостаточного контроля со стороны родителей. По локализации преобладали травмы головы - 49% (причем у детей грудного возраста их доля приблизилась к 83%), по 23% – травмы верхних и нижних конечностей, и всего 4% - травмы позвоночника, грудной клетки, области живота и таза.

Полученные данные позволяют определить основные направления совершенствования скорой медицинской помощи детям и подросткам при различных травмах, а также дифференцированной профилактической работы с родителями и детьми разных возрастов.

ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Саидова В.Т., Сабирова Д.Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Булатов В.П., д.м.н., проф. Миролюбов Л.М.

Цель: Установить связь между клиническими проявлениями сердечной недостаточности у детей с врожденными пороками сердца (ВПС) и сывороточным уровнем N-терминальным фрагментом мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP).

Методы исследования: В отделении кардиохирургии ДРКБ проведено клинико-инструментальное обследование 90 детей с ВПС с взятием анализа крови на NT-proBNP. Пациенты распределены на 4 группы соответственно 4 функциональным классам (ФК) сердечной недостаточности по классификации NYHA в модификации Ross для детей.

Результаты:

1 группа - 21 ребенок с отсутствием симптомов сердечной недостаточности (ФК I). Это пациенты без жалоб, с нормальным физическим развитием. Уровень NT-proBNP – 15-214 пг/мл.

2 группа - 33 ребенка с ФК II сердечной недостаточности. У 27 (82%) детей - отставание в физическом развитии, у 15 (45%) - одышка при нагрузке, потливость при кормлении - у 4 (12%) детей, 4 (12%) детей получали медикаментозную терапию сердечной недостаточности. Уровень NT-proBNP - 141 - 898 пг/мл.

3 группа - 13 детей с ФК III сердечной недостаточности. У 9 (69%) детей – одышка в покое. У всех пациентов (100%) - отставание в физическом развитии и гепатомегалия, 12 (92%) пациентов получали медикаментозную терапию сердечной недостаточности. Уровень NT-proBNP - 962-4993 пг/мл.

4 группа - 23 ребенка с ФК IV сердечной недостаточности. У всех пациентов - гепатомегалия, одышка в покое, у 10 детей (43%) – олигоанурия, 7 пациентов (30%) – ИВЛ-зависимы. Все получали кардиотоническую терапию. 11 детей (48%) имели критические ВПС. Уровень NT-proBNP: 3626-78616 пг/мл.

После статистической обработки данных, получены результаты. ФК I сердечной недостаточности у детей с ВПС соответствует уровень NT-proBNP менее 200 пг/мл, ФК II – 201-1000 пг/мл, ФК III – 1001-5000 пг/мл, ФК IV – свыше 5001 пг/мл.

Заключение:

1. Уровень N-терминального предшественника мозгового натрийуретического пептида коррелирует с функциональными классами сердечной недостаточности у детей с ВПС.

2. Количественный уровень N-терминального предшественника мозгового натрийуретического пептида позволяет определить степень тяжести сердечной недостаточности у детей с ВПС.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЛОКАЛЬНОЙ ЦИТОКИНОВОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПРИ ОСТРОЙ БРОНХО-ЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Галимова Л.Ф.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Пикуза О. И.

Актуальность. Актуальность исследования определяется необходимостью оценки активности воспаления при острых респираторных заболеваниях для своевременной диагностики и оптимизации терапии.

Цель исследования. Установить диагностическое значение изменений продукции про- и противовоспалительных интерлейкинов (ИЛ) у детей с внебольничной пневмонией (ВП) и острым бронхитом (ОБ).

Материалы и методы. Обследовано 128 пациентов в возрасте от 7 до 16 лет (11,2±0,5 года) с заболеваниями органов дыхания. Все больные были распределены на 2 группы: 1-ую группу (n=77) составили дети, страдающие внебольничной пневмонией средней степени тяжести, 2-ую (n=51) – больные с острым бронхитом. В группу контроля включены 25 условно-здоровых ребенка аналогичного возраста. Локальное содержание ИЛ исследовали в индуцированной мокроте (ИМ) методом ИФА.

Результаты. Изменения содержания провоспалительных цитокинов (ИЛ-8, ИЛ-17, ФНО-α) в ИМ детей с указанными формами патологии характеризовались существенным повышением их уровней по сравнению с контролем. При этом показатели пациентов с ВП (236,2±38,6; 19,6±7,5; 3,5±1,1 пг/мл соответственно) были достоверно выше, чем при бронхите (177±33,6; 8,1±1,8; 1,5±0,5 пг/мл соответственно, p<0,05). Интересен тот факт, что уровень противовоспалительного цитокина ИЛ-10, напротив, при воспалительном процессе в легких имел наиболее низкие значения (0,6 ±0,2 пг/мл) по отношению к показате-

лям больных с ОБ ($0,8 \pm 0,3$ пг/мл, $p < 0,05$) и группе контроля ($1,1 \pm 0,2$ пг/мл, $p < 0,05$). Индекс воспаления, характеризующий соотношение про- и противовоспалительного звена цитокиновой регуляции был максимален при ВП и составил $144,3 \pm 14,5$.

Заключение. Концентрации ИЛ и соотношение опозиционных пулов цитокинов в индуцированной мокроте адекватно отражают динамику воспалительного процесса на уровне респираторного тракта и могут использоваться как критерии активности воспаления при острой бронхо-легочной патологии у детей.

ХАРАКТЕРИСТИКА ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ВЫЯВЛЕНИЯ HELICOBACTER PYLORI ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ

Абдуллина Е.В.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., доц. Файзуллина Р.А .**

В настоящее время существует большое количество диагностических тестов для выявления инфекции *Helicobacter pylori*, что создало для врачей-клиницистов, специалистов лабораторной диагностики определенные трудности в выборе адекватных и достоверных способов ее обнаружения.

Материалы и методы: обследовано 147 из них 120 больных в возрасте от 7 до 17 лет с хронической *Helicobacter pylori*-ассоциированной гастродуоденальной патологией и 27 детей группы контроля. Верификацию *Helicobacter pylori* проводили с помощью дыхательного Хелик-теста, цитологического метода и полимеразной цепной реакции в биоптате антрального отдела желудка.

Результаты: Сравнительный анализ результатов, полученных при диагностике хеликобактериоза показал: при исследовании с помощью дыхательного теста было получено 17 ложно положительных результатов, при микроскопии мазков отпечатков – 4, а при использовании полимеразной цепной реакции – 2. При диагностике с помощью цитологического метода и полимеразной цепной реакции было выявлено большое количество ложно отрицательных ответов (9 и 8, соответственно), в отличие от исследования Хелик-тестом – 2 результата. Наибольшее число истинных (93,2%) и наименьшее количество ложных результатов (6,8%) было получено при исследовании с помощью полимеразной цепной реакции. Наименьшее число истинных (87,1%) и наибольшее количество ложных (12,9%) при применении дыхательного Хелик-теста. Сравнимые методы исследования показали высокую чувствительность (Хелик-тест – 98,2%, цитологический метод – 92%, полимеразная цепная реакция – 92,8%) и общую точность (87,1%, 91,2% и 93,2%, соответственно). Высокоспецифичным методом лабораторной диагностики оказалась полимеразная цепная реакция (специфичность метода – 94,3%), по сравнению с микроскопией мазков-отпечатков (88,6%) и дыхательным Хелик-тестом (51,4%) ($p < 0,05$).

Выводы: Таким образом, сравниваемые методы показали высокую чувствительность и общую точность, но высокоспецифичным тестом оказалась полимеразная цепная реакция, поэтому для снижения доли ложных результатов при первичной диагностике инфекции *Helicobacter pylori* необходимо применение двух методов, один из которых полимеразная цепная реакция.

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Калиничева А.Е., Лобанихин А.А.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., доц. Садыкова Д.И.**

«Легочная гипертензия» (ЛГ) объе–диняет группу заболеваний, характеризующихся прогрессирующим повышением легочного сосуд–дистого сопротивления, которое приводит к раз–витию правожелудочковой сердечной недоста–точности и преждевременной гибели пациентов. ЛГ может быть идиопатической (ИЛАГ), когда установить причину повышения давления в легочной артерии не удается, или вторичной.

Целью работы была оценка структуры заболеваемости легочной гипертензией у детей в Республике Татарстан. Был проведен анализ историй болезни больных ЛГ, наблюдавшихся в кардиологическом отделении с 2008 по 2012 год в возрасте от 2-17 лет. За пять лет было выявлено 19 случаев легочной гипертензии, из них мальчиков – 8 (42%), девочек – 11 (58%). Большую часть случаев – 16 (84%) составили больные с вторичной ЛГ, остальные с идиопатической легочной гипертензией – 3 (16%). В структуре вторичной легочной гипертензии у – 15 (94%) человек ЛГ развилась на фоне врожденных пороков сердца, а у – 1 (6%) пациента, ЛГ была ассоциирована с системными заболеваниями. Каждый случай ЛГ является уникальным для практики и требует тщательного подхода к диагностике и тактике ведения детей с таким заболеванием.

СТРУКТУРА И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Лобанихин А.А., Калиничева А.Е.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., доц. Садыкова Д.И.**

Дилатационная кардиомиопатия (ДКМП) — является тяжелым инвалидизирующим заболеванием сердечно-сосудистой системы с неблагоприятным прогнозом, которое характеризуется снижением сократительной функции миокарда, кардиомагнией за счет выраженной дилатации полостей сердца, особенно левого желудочка. Целью нашей работы стало оценить структуру заболевания дилатационной кардиомиопатией (ДКМП) у детей в Республике Татарстан (РТ). Был проведен анализ историй болезни детей с дилатационной кардиомиопатией, проходивших лечение в кардиологическом отделении Детской республиканской клинической больницы РТ с 2008 по 2012 год. Всего за прошедший период было выявлено – 17 случаев ДКМП. Из них мальчиков – 11 (64%), девочек – 6 (36%). Случаев идиопатической (первичной) дилатационной кардиомиопатии было выявлено – 6 (35%), вторичной – 11 (65%). В структуре вторичной дилатационной кардиомиопатии наиболее часто встречалась ДКМП, ассоциированная с врожденными пороками сердца – 7 (41%) случаев, ДКМП на фоне нарушений ритма – 3 (18%), и в 1 (5%) случае – на фоне нарушения проводимости. В связи с высоким риском развития тяжелой формы недостаточности кровообращения и высокой летальностью данные случаи требуют ранней диагностики, детального изучения и своевременного лечения.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АТИПИЧНОГО ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У РЕБЕНКА 4 ЛЕТ

Оздемирова Д.Л., Мельникова Ю.С., Лобанихин А.А.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Макарова Т.П.

Атипичный гемолитико-уремический синдром (аГУС) - заболевание, обусловленное нарушением регуляции альтернативного пути активации комплемента. Критерии постановки диагноза аГУС: отсутствие ассоциированного заболевания, отсутствие критериев ГУС, связанного с Шига-токсином, отсутствие критериев тромботической тромбоцитопенической пурпуры.

Новый метод терапии - применение моноклональных антител - ингибиторов системы комплемента - препарата экулизумаб (блокатора C5 компонента комплемента).

Цель: описание наблюдения ребенка с аГУСом, получающим экулизумаб.

Методы: анамнестический, клинико-лабораторный.

Результаты: ребенок болен с 4 лет, когда появились жалобы на вялость, желтушность кожи, многократную рвоту. Госпитализирован в ДРКБ г.Казани в тяжелом состоянии за счет уремической интоксикации, желтушного, геморрагического синдромов, анемии. Объективно: сопор, отечность лица, кожа бледная, желтушная, на коже лица, бедер петехии, на руках экхимозы, артериальное давление 130/80 мм.рт.ст., гепатоспленомегалия, олигурия. Лабораторно: гемоглобин 79 г/л, тромбоциты 50000, шизоциты 2%, лейкоцитоз, ретикулоцитоз, повышение непрямого билирубина, лактатдегидрогеназа 1365,4 Е/л, снижение С3 фракции комплемента до 56 mg/dl, азотемия, клубочковая фильтрация 53,4 мл/мин, метаболический ацидоз, протеинурия, эритроцитурия. Выставляется диагноз: аГУС? Получал лечение: переливание эритроцитарной массы, преднизолон, плазма-терапия, симптоматическая терапия. Выписан в удовлетворительном состоянии.

В течение двух лет у ребенка отмечено 3 рецидива заболевания.

Для верификации диагноза исследовали активность металлопротеиназ ADAMS-13 в сыворотке крови, которая составила 79%. Выставляется диагноз: аГУС. Рецидивирующее течение заболевания привело к развитию терминальной стадии хронической почечной недостаточности, для лечения которой назначен программный гемодиализ.

Ребенок трижды наблюдался в отделение нефрологии РДКБ г.Москва.

С июня 2012г. начата терапия экулизумабом по схеме. На фоне лечения: снижение азотистых шлаков, увеличение диуреза и клубочковой фильтрации, ребенок снят с программного гемодиализа.

Выводы: описанный клинический случай свидетельствует о важности знаний критериев аГУС и положительной динамике на фоне терапии экулизумабом, которую больной должен получать пожизненно.

ПОКАЗАТЕЛИ КЛЕТОЧНОГО СОСТАВА ИНДУЦИРОВАННОЙ МОКРОТЫ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Токранова К.П.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Закирова А.М.

Актуальность. Внебольничные пневмонии ввиду их медицинской и социальной значимости многие годы остаются в центре внимания педиатров. Одним из основных направлений диагностики заболевания в настоящее время является изучение показателей на топиическом уровне.

Цель работы: изучить клеточный состав индуцированной мокроты у детей с внебольничной пневмонией.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 55 пациентов в возрасте от 7 до 16 лет с клиническим диагнозом внебольничная пневмония средней степени тяжести. Группу контроля составили 25 условно-здоровых детей аналогичного возраста. Получение и обработку мокроты проводили по стандартной методике. Далее с помощью 100-кратного увеличения объектива микроскопа просматривали 20-30 полей с подсчетом не менее 400 клеток. Учитывали нейтрофилы, альвеолярные макрофаги, лимфоциты, эозинофилы и эпителиальные клетки. Полученные результаты выражали в процентах.

Результаты. В мокроте здоровых детей процентное содержание нейтрофилов колебалось в пределах от 14,3% до 27,2% в мазке, что составляло в среднем $20,1 \pm 3,9\%$. У пациентов с внебольничной пневмонией, на фоне многократного повышения числа нейтрофилов по сравнению с контрольной группой ($64,7 \pm 6,2\%$ против $20,1 \pm 3,9\%$, $p < 0,05$) наблюдалось одномоментное снижение численности макрофагов ($24,3 \pm 5,6\%$). Корреляционный анализ выявил наличие положительной связи между содержанием нейтрофилов и длительностью физикального синдрома ($r = 0,367$, $p = 0,045$), сроками госпитализации ($r = 0,38$, $p = 0,007$), количеством дней проводимой антибактериальной терапии ($r = 0,375$, $p = 0,008$) и уровнем СОЭ ($r = 0,32$, $p = 0,025$).

Заключение. У больных с внебольничной пневмонией, в отличие от условно-здоровых детей, наблюдается увеличение количества нейтрофильных гранулоцитов в мокроте, что свидетельствует о механизме защитной реакции организма в ответ на проникновение инфекционного агента, а полученная прямая зависимость количества нейтрофилов от выраженности клинических проявлений, позволяет рассматривать данные клетки в индуцированной мокроте как маркер активности воспалительного процесса в легочной ткани.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ В Г. НАБЕРЕЖНЫЕ ЧЕЛНЫ

Злоцкая З.Г., Хакимзянова М.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Самороднова Е.А.

В настоящее время отмечается высокая распространенность заболеваний полости рта у детей и подростков, поэтому стоматологическая помощь детскому населению является одним из важных и массовых видов медицинской помощи.

Цель: изучить организацию стоматологической помощи детям в детской стоматологической поликлинике (ДСП) №1 г. Набережные Челны и удовлетворенность родителей пациентов ее объемом и качеством.

Материалы, методы: проанализированы отчеты ДСП №1 за 2009-2012 гг. и проведено анкетирование 250 родителей детей, обратившихся за стоматологической помощью.

Результаты: поликлиника за год обслуживает 90154 детей, причем доля здоровых не превышает 7%, доля ранней санации – 7,5%, полная санация достигнута у 44% пациентов. Среднее число посещений к врачу в день составляет 7,9, среднее

число санированных за день 3,5, среднее число запломбированных зубов в год – 88381. Соотношение вылеченных зубов с неосложненным кариесом к вылеченным зубам с осложненным кариесом: 4,1:1. По данным анкетирования при обращении в ДСП попали на прием к врачу в тот день, который хотели – 93% респондентов, не смогли попасть на прием в желаемый день – 7%. Возможность выбора врача-стоматолога по своему желанию имели 60,5% пациентов. Ожидание приема врача-стоматолога в среднем составило 10 мин., более 15 мин. отмечено только в 28% анкет. Уровень оснащения ДСП оборудованием считают высоким 18,6% человек; средним – 58,1%, низким – 2,3%, остальные затрудняются с ответом. По объему оказанные стоматологические услуги оценивали как достаточные 65,1% пациентов, недовольны 23,3% и воздержались от ответа 11,6%. Высокую оценку качеству стоматологической помощи дали треть респондентов, среднюю – 44,2%, низкую – 4,7%, остальные затруднились с ответом. Отрицательными аспектами в обслуживании ДСП анкетированные назвали неудобное расположение поликлиники и недостаточное обеспечение талонами на прием.

Таким образом, отмечается высокая распространенность стоматологической патологии у детей в г.Набережные Челны, большинство пациентов, обратившихся за стоматологической помощью в ДСП, в целом удовлетворены качеством лечения и объемом оказанных стоматологических услуг и намерены пользоваться ими в дальнейшем.

ПРИВИВОЧНАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ В ВЫСОКОГОРСКОЙ ВРАЧЕБНОЙ АМБУЛАТОРИИ

Халитова Р.М., Темиргереев М.З.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Самороднова Е.А.

Вакцинопрофилактика - обязательное государственное мероприятие для предупреждения инфекционных заболеваний. Структурные изменения в современной экономической и демографической обстановке в стране приводят к повышению требований, предъявляемых к иммунопрофилактике, особенно у детей.

Цель работы: оценить эффективность прививочной работы с детьми в Высокогорской врачебной амбулатории (ВВА).

Материалы, методы: проанализированы годовые отчеты ВВА и ее прививочного кабинета за 2009-2012 гг.

Результаты: амбулатория обслуживает 2 педиатрических участка, 1 терапевтический участок, 2 школы, 6 детских садов, 2 деревни. Район обслуживания смешанный, преобладает частный сектор (70%), радиус обслуживания 9- 12 км. Средняя численность населения 4770 человек, в т.ч. детского – 1920 (40%), что значительно выше, чем в соседних районах и в г.Казани. Кроме того отмечается рост доли детей раннего возраста, а также числа многодетных семей (на 2012г. – 39), в которых воспитывается до 10% детского контингента обслуживаемой территории. На учете в прививочном кабинете состоит 1814 детей. Анализ выполнения плана профилактических прививок по педиатрическому участку за 2012 г. показал, что охват вакцинацией против дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита, кори и паротита, краснухи, гепатита составил в среднем 96%, однако отмечается тенденция к росту непривитых от гепатита и дифтерии детей не по причине медицинских противопоказаний, а из-за отказа родителей. Крайне низкими являются показатели охвата вакцинацией против гриппа – не более 10-12%. Отмечается недостаточное поступление вакцин для проведения прививок против гемофильной инфекции, вошедшей в Национальный календарь с 2011г., а также против пневмококковой, потребность в которых возросла в связи с ростом заболеваемости пневмониями на участке.

Таким образом, требуется усиление работы администрации по своевременному обеспечению ВВА современными вакцинами, а медперсонала с населением по проблеме вакцинации детей, особенно против гриппа, для создания эффективной противинфекционной защиты.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПОЛИКИСТОЗА ПОЧЕК И ГЕМАТУРИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА

Биктимирова А.А., Аймутдинова Э.М., Воронина Е.Ю.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Макарова Т.П.

Цель исследования. Изучить количество госпитализированных детей с диагнозами поликистоз почек и хронический гломерулонефрит (ХГН), гематурическая форма и исходы этих заболеваний.

Методы исследования. Анализ статистических талонов и историй болезни в период с 2000 по 2011 год, подсчет количества госпитализированных в нефрологическое отделение ДРКБ детей.

Полученные результаты. В период с 2000 по 2011 год с диагнозом поликистоз почек был госпитализирован 61 ребенок в возрасте от 1 до 17 лет, из них 35 девочек и 26 мальчиков. У 57 детей отмечены изолированные кистозные изменения только в почках, при этом течение болезни носило благоприятный характер. У 4 детей наблюдалась поликистозная болезнь, при которой выявлены кистозные изменения в почках и печени. У этих детей заболевание дебютировало в раннем возрасте, что говорит об аутосомно-рецессивном типе наследования. Течение заболевания носило прогрессирующий характер и, несмотря на проводимую терапию, наблюдалось прогрессивное снижение функции почек. У одного больного через 2 года развилась терминальная стадия хронической почечной недостаточности (ХПН), по поводу которой на данный момент он находится на заместительной почечной терапии в виде амбулаторного перитонеального диализа.

С диагнозом ХГН, гематурическая форма было госпитализировано и пролечено 163 ребенка в возрасте от 2 до 17 лет, из них 66 девочек и 97 мальчиков. Заболевание дебютировало после перенесенной стрептококковой инфекции в виде нефритического синдрома. У 49 детей заболевание приобрело рецидивирующий характер, что требовало неоднократной госпитализации. Течение заболевания у всех обследованных детей было относительно благоприятным, ни у одного больного не наблюдалось значительных нарушений функций почек. Данные скорости клубочковой фильтрации у исследованной группы больных находились в пределах 75-90 мл/мин, что соответствует хронической болезни почек III стадии.

Заключение. У больных с поликистозной болезнью почек прогноз заболевания неблагоприятный, наблюдается быстрое развитие ХПН, особенно при раннем дебюте заболевания. У больных с диагнозом ХГН, гематурическая форма наблюдается благоприятное течение заболевания.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА CYP2C19 ЦИТОХРОМА P-450 У НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН

Халикова А.Р.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., доц. Файзуллина Р.А., к.м.н., доц. Абдулхаков С.Р.**

При лечении кислотозависимых заболеваний (КЗ) желудочно-кишечного тракта (гастрит, гастродуоденит, язвенная болезнь) как у взрослых, так и у детей широко используются ингибиторы протонной помпы (ИПП). Метаболизм ИПП происходит при участии цитохрома P-450. Установлено, что генетический полиморфизм CYP2C19 может влиять на эффективность лечения больных, принимающих ИПП. У пациентов, относящихся к группе, которые осуществляют быстрый метаболизм (БМ) ИПП, высокая концентрация препарата в крови поддерживается меньший промежуток времени, по сравнению с теми которые относятся к группе, осуществляющих промежуточный (ПМ) и слабый метаболизм (СМ). Им при лечении (КЗ) рекомендуется назначить более высокие дозы ИПП.

Цель. исследование распространенности генотипов по двум полиморфизмам гена CYP2C19 в популяции.

Материалы и методы. Обследовано 158 пациентов от 7 до 35 лет, из них 80 детей и 78 взрослых. Для изучения полиморфизмов rs4244285 A/G (*1/*2) и rs4986893 A/G (*1/*3) гена CYP2C19 использовали образцы геномной ДНК, выделенных из цельной крови. Полиморфизмы гена CYP2C19 определяли по методу ПЦР. Рестрикцию ампликонов проводили с использованием ферментов Sma I и Bam HI. Анализ длин рестрикционных продуктов - электрофоретическим разделением в 8% ПААГ с последующей окраской бромистым этидием и визуализацией в проходящем ультрафиолетовом свете. По полиморфизму гена CYP2C19 в соответствии с генотипом, пациентов подразделяли на подгруппы: 1) гомозиготных (БМ), носители двух аллелей дикого типа (CYP2C19*1/*1); 2) гетерозиготных (ПМ), несущих один мутантный аллель (варианты: CYP2C19*1/*2, CYP2C19*1/*3); 3) МП или слабых (СМ) - носители двух мутантных аллелей (варианты: CYP2C19*2/*3, CYP2C19*2/*2, CYP2C19*3/*3).

Результаты и обсуждение. Показано, что из 158 исследуемых 60,8% являются носителями CYP2C19*1/*1 генотипа, т.е. относятся к БМ; 35,4% – гетерозиготных генотипов CYP2C19*1/*2 или CYP2C19*1/*3 к группе ПМ. В подгруппу СМ 3,8% с генотипами CYP2C19*2/*2, CYP2C19*3/*3 и CYP2C19*2/*3.

Вывод. Обнаружено, что среди пациентов, проживающих на территории Республики Татарстан, высокая распространенность лиц с фенотипом гомозиготных быстрых метаболитов, носители двух аллелей дикого типа (CYP2C19*1/*1).

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Леухин Р.В.

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

В современных классификациях состояния, возникающие в различных системах человеческого организма, подразделяют на органические и функциональные. Органические изменения связаны с повреждением структуры органа или системы органов, степень их выраженности может колебаться в самых широких пределах. При функциональных нарушениях указанных повреждений не находят, что привело к сомнениям в толковании сущности данной группы состояний. Согласно широко распространенному определению функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) по D.A.Drossman (1994), они представляют собой "разнообразную комбинацию гастроинтестинальных симптомов без структурных или биохимических нарушений".

Интерес на наш взгляд представляла распространенность функциональных нарушений ЖКТ среди поступивших в педиатрическое отделение Клиники медицинского университета, а также их виды и предрасполагающие факторы. Проведенный нами анализ данных за 2010-12 году показал, что патология ЖКТ встречалась с частотой от 22,7% до 33,5%. Из них в среднем около 78% составили заболевания желчного пузыря, а от 18,3 до 23,7% составили заболевания желудка и кишечника. Следует отметить, что их число «функциональных» диагнозов при поступлении составило в среднем 17 % (алиментарный гастрит, синдром ацетонемической рвоты и др.) от всей патологии ЖКТ. В дальнейшем, при прохождении стационарного обследования у большинства детей с функциональными изменениями обнаруживались органические нарушения. При этом частота подтвержденных «функциональных» диагнозов снижалась до 3%.

Таким образом, возможно, что данные о широкой распространенности функциональных расстройств ЖКТ у детей являются преувеличенными, а в большинстве случаев их наличие обусловлено соматической патологией.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОТРЕКСАТА У БОЛЬНЫХ С ЮРА

Ильина М.С., Ягунова К.В.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., проф. Макарова Т.П.**

Проблема поиска эффективных средств лечения ревматических заболеваний у детей является одной из приоритетных задач современной медицины в связи с высоким риском развития у этой категории пациентов инвалидности, жизнеугрожающих состояний и значительного ухудшения качества жизни. Безусловным достижением фармакотерапии последних лет является смещение акцентов с симптоматических антиревматических средств (нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) и глюкокортикоидов (ГК)) на лекарственные средства иммуномодулирующего действия – базисные противовоспалительные препараты (БПВП). Высокая распространенность Ювенильного ревматоидного артрита (ЮРА) настораживает врачей, что в свою очередь приводит к необходимости подбора оптимальных методов лечения данного заболевания. В настоящее время «золотым стандартом» лечения ЮРА является Метотрексат, относящийся к БПВП.

Целью данного исследования явилось определение эффективности терапии метотрексатом у больных ЮРА в зависимости от дозы и способа введения. Задачами стало определение эффективности назначения перорального введения метотрексата в стандартной дозе у больных с ЮРА, а также определение эффективности назначения парентерального введения метотрексата в подобранной дозе у больных с ЮРА. Нами было обследовано 24 пациента (9 мальчиков, 15 девочек) в возрасте от 3 до 16 лет с олиго/полиартритическим вариантом ЮРА. Пациенты первой группы (n=12) получали метотрексат per os в стандартной дозировке 7,5-10 мг/м²/нед. Пациенты второй группы (n=12) получали метотрексат парентерально – 15-20 мг/м²/нед. Оценка эффективности терапии проводилась по лабораторным показателям активности (СОЭ, С-РБ).

Выводы: Повышение метотрексата до 15-20 мг/м²/нед. позволило достигнуть более быстрого положительного клинико-лабораторного эффекта, наиболее быстрый результат у больных с ЮРА отмечался при парентеральном пути введения метотрексата, повышение дозы метотрексата до 15-20 мг/м²/нед. не увеличило количество побочных эффектов.

СУИЦИДЫ У ПОДРОСТКОВ

Мурадова Т.М.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., проф. Волгина С.Я.**

Актуальность. Для России проблема суицидов является особенно актуальной, поскольку по показателям самоубийств среди подростков она входит в число самых неблагоприятных стран мира. Прогнозируется, что к 2020 году суицид выйдет на второе место в мире как причина смерти, обойдя онкологические заболевания, уступая место только сердечно-сосудистой патологии. Официальная статистика фиксирует только явные случаи суицидов. В действительности масштабы подростковых суицидов более значительны.

Цель исследования. Разработать программу оценки состояния здоровья подростков и изучить факторы риска, влияющие на формирование их суицидального поведения.

Пациенты и методы. Планируется изучить показатели соматического здоровья, установить психологические особенности личности, выявить медико-социальные факторы, формирующие суицидальное поведение школьников.

Результаты. Установлено, что суицидальная смертность подростков в Республике Татарстан в 2009 году составляла 14,3 на 100 000 населения (в том числе – 9,9 – в городах и 25,6 – на селе). Для сравнения в целом по России – 20,1 на 100 000 населения соответствующего возраста (в том числе – 14,1 – в городах и 33 – на селе). Вместе с тем латентная суицидальная компонента в реальных суицидах подростков в Татарстане в 2000-2003 годы, как среди юношей, так и среди девушек, равнялась 17,1%, в 2004 -2006 годы – у лиц мужского пола – 68,2%, у лиц женского пола – 29,2% и, наконец, в 2007 -2009 годы, соответственно 9,4 и 3,3%.

Разработанная нами программа состоит из нескольких этапов. Первый – тестирование школьников с помощью опросника ММРІ-СМОЛ и установление лиц, склонных к суицидам. Второй – изучение медико-социальных факторов риска, влияющих на формирование девиантного (суицидального) поведения. Третий – оценка их соматического, психического здоровья и качества жизни подростков. Четвертый – разработка мероприятий, направленных на профилактику суицидального поведения изучаемого контингента детей.

Заключение. Высокие уровни самоубийств у подростков аккумулируют два взаимосвязанных процесса: с одной стороны – более выраженные факторы риска по сравнению с другими странами, с другой – практическое отсутствие антисуицидальных барьеров на популяционном и индивидуальных уровнях.

ПРОФИЛАКТИКА РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИИ У СЕЛЬСКИХ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Сафиуллина Л.Т., Миннуллина Э.Р., Нигметзянова А.Р.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., доц. Шакирова Л.З.**

Респираторная патология, занимающая первое место в структуре заболеваемости детского населения, продолжает оставаться одной из актуальных проблем современной педиатрии.

На базе муниципального дошкольного образовательного учреждения (МДОУ) №94 районного центра Балтаси Республики Татарстан нами в течение 2010-11 годов проведено изучение динамики частоты респираторных заболеваний у 40 детей в возрасте 5-6 лет (2 равные группы). В экспериментальной группе в течение года проводили комплекс активных мероприятий по закаливанию организма (воздушные и солнечные ванны, «игровые дорожки» с хождением босиком, двигательная активность детей в режиме дня в сопровождении дыхательной гимнастики). Вторая группа имела статус контрольной (обычный режим МДОУ без закаливания и дыхательной гимнастики). Исследование осуществлялось совместно с воспитателями, медицинским работником МДОУ, инструктором физического воспитания.

Обе группы по заболеваемости до проведения эксперимента были вполне сопоставимы, так за предшествующий год отмечено по 1 случаю острой пневмонии, ОРВИ – 47 и 52, ангина – 5 и 6, острого бронхита – 3 и 2, соответственно, в контрольной и экспериментальной группах. Общее число респираторных заболеваний в экспериментальной группе (61) несколько превышало показатель контрольной группы (56). В обеих группах ежегодно осуществлен 100%-ный охват специфической сезонной иммунизацией.

По завершении эксперимента показатели улучшились - за истекший год отмечено следующее число случаев респираторной патологии: острой пневмонии – 1 и 0, ОРВИ – 42 и 29, ангина – 3 и 1, острого бронхита – 1 и 0, соответственно, в контрольной и экспериментальной группах. Как видно из приведенных данных, общее число респираторных заболеваний (36) значительно (2,1 раза) снизилось именно в экспериментальной группе по сравнению с контрольной (54), в которой изменения были незначительными (снижение лишь в 1,04 раза).

Таким образом, еще раз практически доказано, что именно систематизация закаливающих мероприятий с детьми 5-6 лет в режиме дня, а не только охват специфическими прививками, позволяет существенно улучшить результаты профилактики респираторной патологии у сельских детей в условиях дошкольного образовательного учреждения.

МАКРО - И МИКРОЭЛЕМЕНТОЗЫ У ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ

Троегубова Н.А.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., доц. Рылова Н.В.**

В 2013 году в Казани пройдет Универсиада - главное международное спортивное соревнование среди студентов, и второе по важности событие, после Олимпийских игр. Сегодня, накануне этого значительного спортивного состязания, не только для Республики Татарстан, но и для истории всей нашей страны, отмечается высокий интерес общества и государства к проблемам спорта.

Профессиональный спорт – это спорт высших достижений. Спортсмен тренируется для того, чтобы показать на соревнованиях результат. За каждый новый рекорд спортсмен отдает свое здоровье. Дисэлементозы у спортсменов, пожалуй, наименее изученные состояния, хотя и чрезвычайно распространенные. В действительности макро- и микроэлементы не менее важны, чем питательные вещества, из-за их важной роли в биохимии организма.

Цель исследования: выявить особенности содержания макро – и микроэлементов (кальция, калия, магния, цинка и селена) в слюне юных спортсменов.

Материалы и методы: нами было проведено обследование 17 юных спортсменов в возрасте от 12 до 17 лет. Все они имеют спортивные разряды: кандидат в мастера спорта, первый взрослый, первый юношеский. Спортивный стаж не менее 5 лет. Тренировки круглогодичные, систематические (без перерывов более 0,5 года), 6 дней в неделю, от 2 до 4 часов в день. Все спортсмены призерами и лауреатами российских и международных чемпионатов. Контрольную группу составили 28 школьников г. Казани, не занимающихся спортом профессионально.

Для определения макро – и микроэлементов в слюне использовались специальные высокоточные методы: масс-спектрометрии с индуктивно связанной плазмой на масс-спектрометре «Elan-9000», оптическая эмиссионная спектрометрия с индуктивно связанной плазмой на оптическом эмиссионном спектрометре «Optima 2000DV».

Результаты: Выявлено, что уровень кальция, магния, калия, цинка и селена в слюне детей контрольной группы достоверно выше, чем их показатели в группе юных спортсменов: кальций $44,45 \pm 4,7$ и $18,16 \pm 7,22$ соответственно, магний $3,9 \pm 0,5$ и $2,4 \pm 1,2$; калий 1456 ± 159 и $398,5 \pm 167$; цинк $0,032 \pm 0,009$ и $0,0211 \pm 0,006$; селен $0,0064 \pm 0,0008$ и $0,0048 \pm 0,0012$.

После проведенных исследований спортсменам были даны индивидуальные рекомендации, исходя из пола, возраста, дефицита микроэлементов, физической нагрузки.

ИЗУЧЕНИЕ СИНДРОМА "ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ" У МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЁР ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ

Магамедкеримова Ф.А., Идиятова Л.Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., асс. Генералова Е.В.

Актуальность: в связи с тем, что медицинский персонал является ключевым ресурсом лечебного процесса в психиатрии, изучение распространённости синдрома выгорания и причин его формирования является актуальной проблемой для современной психиатрии и медицины в целом. Особенно важно это в детских психиатрических отделениях, поскольку медицинские сестры в них несут повышенную эмоциональную нагрузку.

Цель исследования – изучить формирование синдрома «эмоционального выгорания» у медицинских сестёр психиатрической клиники.

Методы: были опрошены 96 медицинских сестёр, работающих в отделениях РКПБ им. акад. В.М. Бехтерева, в том числе 11 медицинских сестер детского отделения. Для оценки уровня эмоционального выгорания была использована методика «Диагностика уровня эмоционального выгорания Бойко».

Результаты: при анализе полученных данных было выявлено, что лишь у 21% какие-либо признаки «синдрома выгорания» (СВ) отсутствовали. На стадии формирования начальной фазы СВ (напряжения) находились 26% медицинских сестёр, а полностью сформированная фаза СВ была выявлена у 7% опрошенных. Обращает на себя внимание тот факт, что уже у молодых медицинских сестёр с небольшим стажем работы имеются признаки СВ. Симптомы, характерные для формирующейся второй фазы СВ (резистенции) были выявлены у 41% медицинских сестёр. Полностью сформировавшаяся 2 фаза отмечалась у 36% опрошенных. На стадии формирования третьей фазы СВ (истощения) находилось 29% респондентов, а полностью сформированная фаза была диагностирована у 6% медицинских сестёр. Также было отмечено, что проявления СВ зависели от стажа работы – при увеличении стажа чаще регистрировались полностью сформированные фазы синдрома. Среди медсестёр со стажем работы 15 лет был велик процент лиц на этапе формирования конечной стадии выгорания, что чревато не только социальной дезадаптацией, но и выраженной профессиональной деформацией и психосоматическими заболеваниями.

Выводы: полученные данные обуславливают необходимость проведения мероприятий по профилактике синдрома эмоционального выгорания среди медицинских сестер психиатрических клиник. Особенно важно это в детских отделениях, поскольку эмоциональный контакт медсестры с ребенком, эмпатия являются важнейшими условиями эффективности лечения.

СОМАТИЧЕСКИЙ И ВЕГЕТАТИВНЫЙ СТАТУС ПОДРОСТКОВ С ПОВТОРНЫМИ ОРЗ

Сафина Д.Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., асс. Генералова Е.В.

Актуальность: в последние годы в состоянии здоровья подростков произошли неблагоприятные изменения: рост общей заболеваемости, увеличение доли заболеваний с хроническим и рецидивирующим течением. В структуре заболеваемости подростков одно из ведущих мест занимают ОРЗ. Частые ОРЗ способствуют нарушению физического развития, формированию хронических очагов инфекции и соматической патологии, срыву компенсаторно-адаптационных механизмов, что приводит к ухудшению качества жизни детей и накладывает отпечаток на состояние здоровья во взрослом периоде.

Методы: под наблюдением находилось 100 подростков в возрасте 13-18 лет с повторными ОРЗ в анамнезе. Все пациенты были обследованы в стационарных условиях. Клинико-диагностический комплекс включал, в том числе, и оценку вегетативного гомеостаза – определение исходного вегетативного тонуса (по опроснику Белоконов-Кубергера, показателю минутного объема крови и вегетативному индексу Кердо) и вегетативного обеспечения деятельности – при помощи клиноортостатической пробы.

Результаты: при внешнем осмотре подростков с повторными ОРЗ нарушение осанки было зафиксировано у 23,89% пациентов, плоскостопие – в 12,39% случаев. У каждого пятого подростка отмечалась региональная лимфаденопатия. У 33,63% подростков с повторными ОРЗ имелись отклонения в физическом развитии. Так, ко II гр. физического развития относились 28,32% пациентов, к III – 5,31%. Недостаточное питание (индекс Кетле менее 18,5) было отмечено в 46,90% случаев, избыток массы тела у 7,08% детей. При исследовании исходного вегетативного тонуса (ИВТ) было зафиксировано преобладание смешанного варианта (64,6%), несколько реже отмечался парасимпатикотонический тип ИВТ (25,7%). В целом количество парасимпатических признаков достоверно преобладало над симпатическими. У 42,5% подростков регистрировалось недостаточное вегетативное обеспечение деятельности, преимущественно по асимпатикотоническому типу (34,5%).

Выводы: повторные ОРЗ оказывают негативное влияние на все органы и системы организма подростка. Это может послужить основанием для развития хронической патологии в дальнейшем. В этой связи становится очевидной необходимость проведения комплексных оздоровительных и реабилитационных мероприятий у данной группы пациентов.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ПРЕПАРАТА ГЕЛАРИУМ ГИПЕРИКУМ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ПОДРОСТКОВ С ПОВТОРНЫМИ ОРЗ

Галиахметова Ч.Х.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., асс. Генералова Е.В.**

Актуальность. В структуре заболеваемости подростков острые респираторные заболевания (ОРЗ) занимают одно из ведущих мест. Детей с повторными ОРЗ в настоящее время рассматривают как особую категорию с различной степенью нарушения адаптации к стрессовым воздействиям.

Цель: Проанализировать влияние препарата Гелариум Гиперикум на психоэмоциональный статус подростков с повторными ОРЗ.

Методы: препарат Гелариум Гиперикум был включен в комплекс оздоровления 15 подростков с повторными ОРЗ. Препарат назначался в дозе 1 драже 3 раза в день в течение 40 дней. В контрольную группу было включено 20 условно-здоровых подростков. Психоэмоциональный статус оценивался при помощи «Клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний» (Яхин К.К., Менделевич Д.М.). Исследования проводились до и после лечения.

Результаты: При изучении уровня невротизации подростков с повторными ОРЗ с помощью «Клинического опросника...» до лечения было выявлено, что усредненные показатели по всем шкалам были достоверно ниже, чем в контроле. Их психоэмоциональный статус характеризовался беспокойством и тревогой по поводу собственного здоровья, иногда принимающие навязчивый (обсессивный) характер, неуверенность, повышенная впечатлительность, обидчивость. При оценке состояния психической адаптации было отмечено, что 45,0% подростков с повторными ОРЗ находились в состоянии психической дезадаптации, тогда как у здоровых эта цифра достигала только 2,4% ($p < 0,001$).

После применения Гелариума было отмечено повышение средних значений дигностического коэффициента по всем шкалам «Клинического опросника...», а по шкалам тревоги и вегетативных расстройств различия достигли статистически достоверного уровня. Кроме того, была зарегистрирована положительная динамика показателя психической адаптации: состояние устойчивой психической адаптации после окончания терапии было зафиксировано у 46,7% пациентов (ни одного случая до начала терапии), а также на 53,3% уменьшилось количество подростков в состоянии психической дезадаптации.

Выводы: препарат Гелариум Гиперикум оказывает положительный эффект на восстановление резервов психической адаптации у подростков с повторными ОРЗ.

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ДЕТСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ РКПБ ИМ. АКАД. В.М. БЕХТЕРЕВА

Султанова А.У., Валеева Ю.Т.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., асс. Генералова Е.В.**

Актуальность: в настоящее время в РФ роль среднего медицинского персонала в лечебных учреждениях постоянно растет, поэтому необходимо более тщательное изучение социально-демографических показателей медицинских сестер с целью оптимизации их деятельности. Особенно важно это в психиатрических учреждениях, где медицинские сестры подвергаются воздействию неблагоприятных факторов профессиональной среды.

Цель исследования: изучить социально-демографические показатели медицинских сестер РКПБ им. акад. Бехтерева.

Методы исследования: были опрошены 96 медицинских сестер с помощью специально разработанной анкеты.

Результаты исследования: опрошенный медицинский персонал был представлен преимущественно женщинами – 97%, и лишь 3% составили мужчины, что свидетельствует о непрестижности профессии в глазах мужчин. В то же время известно, что мужской персонал в психиатрии очень важен, особенно в мужских и судебных отделениях. Средний возраст медсестер составил $37,13 \pm 3,99$ г. В возрастной структуре выборки преобладали специалисты в возрасте 30-40 лет (39%), на втором месте была возрастная категория от 40 лет и более – 32%. Поэтому уже сейчас необходимо готовить кадровые ресурсы, которые придут им на смену. У 69% медсестер стаж работы превышал 10 лет. С одной стороны, это является положительным моментом, поскольку большой стаж работы обуславливает опыт. С другой стороны, как известно, стаж более 10 лет является одним из факторов риска формирования «синдрома выгорания». У медсестер затрагивается сфера эмоционального реагирования, и возникает желание исключить эмоции из своей профессиональной деятельности, что может быть одной из причин смены места работы. 48% медсестер не состоят в браке, а 29% не имеют детей. Возможно, это отчасти связано с эмоциональными перегрузками на работе. Профессиональный стресс может создавать или усугубить проблемы в семейной жизни, а плохие отношения в семье отрицательно влияют на трудовую деятельность.

Выводы: данные проведенного опроса свидетельствуют о необходимости оптимизации кадровой политики в психиатрических учреждениях. Необходимо активно привлекать к работе мужчин и молодых специалистов. Кроме того, необходимо проводить профилактику «синдрома эмоционального выгорания» и создать условия для психологической разгрузки на рабочем месте.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ДЕТСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ

Сиразева З.И.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., асс. Генералова Е.В.**

Актуальность. В настоящее время в условиях реформирования сестринского дела в России и борьбы за повышение качества сестринской помощи представляет интерес изучение психоэмоционального состояния медицинских сестер, которое может оказывать влияние на качество их работы. Особенно актуальна эта проблема в детских отделениях, так как дети, пребывающие в стационаре, в основном без родительской заботы, особенно нуждаются в положительном эмоциональном отношении со стороны медперсонала.

Цель. Изучить динамику психоэмоционального статуса медицинских сестер детского отделения психиатрической клиники в течение рабочей смены.

Методы. Для изучения психоэмоционального статуса был использован опросник САН (самочувствие, активность, настроение). В опросе участвовало 15 медсестер детского отделения психиатрической больницы. Медицинские сестры опрашивались в начале и в конце 12-часовой рабочей смены.

Результаты. В результате исследования было выявлено, что средний балл по шкале «Самочувствие» в начале смены составил $5,3 \pm 0,22$, а в конце он снижался до $3,8 \pm 0,21$ ($p < 0,05$). Аналогичные изменения происходили и с активностью персонала – средний балл по этой шкале в начале смены был в 1,5 раза выше, чем в конце ($4,2 \pm 0,80$ и $3,6 \pm 0,64$ балла соответственно, $p < 0,05$). По шкале «Настроение» также отмечались значительные колебания среднего балла в зависимости от времени опроса – до начала смены он составил $4,8 \pm 0,26$, а после $3,6 \pm 0,19$ балла ($p < 0,05$).

Выводы. Результаты исследования свидетельствуют о том, что 12-часовая рабочая смена неблагоприятно сказывается на психоэмоциональном состоянии медсестер. В конце рабочей смены они чувствуют упадок сил, ухудшение самочувствия, настроения. Это обусловлено тем, что в течение смены медсестры испытывают не только физическую, но и значительную психологическую нагрузку. В результате может снизиться качество оказания медицинской помощи пациентам, эффективность сестринского процесса. Между тем, в детском отделении психиатрической больницы пациенты особенно нуждаются в психологической помощи и поддержке со стороны медицинского персонала. Это обуславливает необходимость изменения существующей практики организации рабочего процесса медицинских сестер в психиатрической клинике, что позволит улучшить качество оказания помощи пациентам.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКГ ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЙОНАХ С РАЗЛИЧНОЙ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ ОБСТАНОВКОЙ

**Садыкова Д.И., Чиликина Ю.М., Хабибрахманова З.Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., доц. Садыкова Д.И.**

Цель исследования: изучить данные электрокардиографии (ЭКГ) у детей, проживающих в условиях промышленного и «спального» районов большого города.

Материалы и методы: проведен анализ электрокардиограмм 168 детей в возрасте до 1 года и 186 детей в возрасте 6-7 лет, проживающих в промышленном районе, и 141 ребенка в возрасте до 1 года и 137 детей в возрасте 6-7 лет, проживающих в «спальном» районе большого города.

Результаты: нормальные электрокардиографические показатели были зарегистрированы у 48,2% детей в возрасте до 1 года, проживающих в промышленном районе, и у 70,9% детей до 1 года, проживающих в «спальном» районе. Среди детей 6-7 лет вариант нормы был выявлен у 54% жителей промышленного района и у 66,4% жителей «спального» района. У детей грудного возраста, проживающих в условиях промышленного района, по сравнению с грудными детьми - жителями «спального» района, чаще регистрировались нарушения процессов реполяризации (14,3% и 2,1% соответственно), признаки неполной блокады правой ножки пучка Гиса (2,4% и 1,4% соответственно), признаки перегрузки правого желудочка (7,1% и 2,1% соответственно). ЭКГ-признаки атриовентрикулярной блокады I степени и синоатриальной блокады II степени были выявлены только в группе детей грудного возраста, проживающих в промышленном районе (1,8% и 0,6% соответственно). У детей 6-7-летнего возраста, жителей промышленного района, по сравнению с их ровесниками из «спального» района, чаще регистрировалась синусовая тахикардия (3,2% и 1,5% соответственно), признаки неполной блокады правой ножки пучка Гиса (7% и 0,7% соответственно), нарушения процессов реполяризации в миокарде желудочков (1,1% и 0,7% соответственно). В группе дошкольников, проживающих в промышленном районе, были выявлены признаки феномена WPW (1,1%), удлинение интервала QT (2,7%), желудочковая экстрасистолия (1,1%), у дошкольников - жителей «спального» района подобные нарушения не зарегистрированы.

Выводы: повышенная частота выявляемых нарушений по данным ЭКГ у детей грудного и дошкольного возраста, проживающих в условиях промышленного района большого города, позволяет предположить наличие экологически детерминированной патологии.

ВЕРОЯТНЫЕ ЭКЗОГЕННЫЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ, ФОРМИРУЮЩИЕ ЭССЕНЦИАЛЬНУЮ АРТЕРИАЛЬНУЮ ГИПЕРТЕНЗИЮ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОТЯГОЩЕННОЙ НАСЛЕДСТВЕННОСТЬЮ ПО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ

**Сергеева Е.В., Чиликина Ю.М., Хабибрахманова З.Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., доц. Садыкова Д.И.**

В последние годы наблюдается тенденция роста заболеваемости артериальной гипертензией в подростковом возрасте. До настоящего времени не существует единой концепции профилактики сердечно-сосудистой патологии в детском возрасте.

Цель исследования. Изучить экзогенное воздействие на возникновение первичной артериальной гипертензии у детей и подростков с наследственной отягощенностью по сердечно-сосудистым заболеваниям.

Материалы и методы. В исследование включено 69 детей в возрасте от 9 до 18 лет с отягощенной наследственностью по сердечно-сосудистым заболеваниям: гипертоническая болезнь у женщин, инсульты, инфаркты, ишемическая болезнь сердца. Все пациенты были распределены на 2 группы, в зависимости от наличия или отсутствия артериальной гипертензии. 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., 2011 г.).

Результаты исследования. Нами выявлены выраженные различия наследственной отягощенности у пациентов в первой и второй группах: артериальная гипертензия у матери (32,4% и 1,2% соответственно), артериальная гипертензия у отца (21,6% и 11,8%), артериальная гипертензия у обоих родителей (5,4% и 11,8%). Отягощенная наследственность по материнской линии (56,8% и 70,6%), по отцовской линии (45,9% и 35,3%). Обнаружены отличия данных анамнеза, объективного статуса и социальных факторов у детей с артериальной гипертензией и без заболевания.

Заключение. В нашем исследовании выявлено, что в формировании эссенциальной артериальной гипертензии у детей кроме наследственной отягощенности по сердечно-сосудистым заболеваниям, большую роль играют и ряд различных экзогенных факторов. Результаты, полученные в ходе работы, могут быть использованы при формировании факторов риска развития АГ.

ОСОБЕННОСТИ ГОМЕОСТАЗА МИКРОЭЛЕМЕНТОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Хабибрахманова З.Р., Чиликина Ю.М., Сергеева Е.В.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., проф. Макарова Т.П., д.м.н., доц. Садыков Д.И.

Цель исследования: изучить особенности гомеостаза микроэлементов у детей и подростков с эссенциальной артериальной гипертензией.

Методы: обследовано 100 детей и подростков в возрасте от 13 до 17 лет с повышением артериального давления, по результатам суточного мониторирования артериального давления сформированы группы со стабильной, лабильной артериальной гипертензией и группа с феноменом «гипертензии белого халата» (41, 30 и 29 человек соответственно). Содержание свинца и цинка в сыворотке крови и суточной моче определялось с помощью метода атомно-абсорбционной спектрофотометрии.

Результаты: выявлено достоверно значимое повышение содержания свинца в сыворотке крови в группе детей и подростков со стабильной артериальной гипертензией ($0,056 \pm 0,002$ мкг/мл) по сравнению с аналогичными показателями группы с феноменом «гипертензии белого халата» ($0,046 \pm 0,003$ мкг/мл) и группы контроля ($0,044 \pm 0,002$ мкг/мл, $p < 0,05$). У детей и подростков со стабильной формой артериальной гипертензии увеличение экскреции свинца с мочой, повышение его клиренса и экскретируемой фракции было достоверно значимым по сравнению с аналогичными данными группы контроля ($p < 0,05$). Зарегистрировано статистически значимое уменьшение содержания цинка в сыворотке крови у школьников со стабильной формой артериальной гипертензии ($0,955 \pm 0,035$ мкг/мл) по сравнению с аналогичными показателями группы феномена «гипертензии белого халата» ($1,08 \pm 0,03$ мкг/мл) и группы контроля ($1,09 \pm 0,04$ мкг/мл, $p < 0,05$). Выявлена тенденция к увеличению экскреции цинка с мочой в группе с повышенным артериальным давлением при сравнении с группой контроля, однако указанные отличия не были статистически значимы ($p > 0,05$). Показатели клиренса и экскретируемой фракции цинка в группах с повышенным артериальным давлением также достоверно не отличались от аналогичных показателей группы контроля ($p > 0,05$).

Заключение: у детей и подростков с повышением артериального давления определяется увеличенное содержание в сыворотке крови свинца, повышение выделения свинца с мочой, его клиренса и экскретируемой фракции, что характеризует перегрузочный тип экскреции. Снижение содержания в сыворотке крови цинка в сочетании с неизменной его экскрецией, клиренсом и экскретируемой фракцией отнесено к метаболическому типу нарушений элементного гомеостаза.

ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ КЛЕТОЧНЫХ МЕМБРАН У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ КАТЕГОРИЙ

Хабибуллин Р.Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., асс. Чугунова Д.Н.

Цель. Оценить функциональное состояние клеточных мембран по уровню скорости Na^+ - Li^+ -противотранспорта в мембране эритроцита у больных гипертонической болезнью различных возрастных категорий.

Материал и методы. В исследование включено 138 больных гипертонической болезнью I-II стадии в возрасте от 20 до 69 лет. Всем больным проводилось: определение скорости Na^+ - Li^+ -противотранспорта в мембране эритроцита методом M. Canessa (1980) в качестве маркера функционального состояния клеточных мембран, а также комплекс диагностических мероприятий, рекомендованных Всероссийским научным обществом кардиологов для больных гипертонической болезнью. Статистическую обработку материала проводили с использованием программы Microsoft Excel 7.0 и пакета прикладных программ Statistika 6.0.

Результаты. Согласно индивидуальной скорости Na^+ - Li^+ -противотранспорта в мембране эритроцита, все больные были отнесены к четырем квартилям. Достоверных различий в распределении пациентов в квартили в зависимости от возраста не выявлено. Однако, примененный метод ранговой корреляции Спирмена продемонстрировал у больных гипертонической болезнью прямую корреляционную связь между скоростью Na^+ - Li^+ -противотранспорта в мембране эритроцита и возрастом ($r = 0,19$, $p = 0,043$).

Выводы. Существует ассоциация функционального состояния клеточных мембран, определяемого по скорости Na^+ - Li^+ -противотранспорта в мембране эритроцита с возрастом у больных гипертонической болезнью.

ЭКТОПИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ МИОКАРДА И ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Замалиева Н.Ф.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., проф. Булашова О.В.

Желудочковая экстрасистолия (ЖЭС) у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ассоциируется с вероятностью развития фатальных аритмий. Известна роль ангиотензина II в изменении геометрии сердца, степень которого зависит от экспрессии гена ангиотензинпревращающего фермента (АПФ).

Цель: Оценить эктопическую активность миокарда у пациентов с ХСН с различным полиморфизмом гена АПФ.

Методы: Обследовано 30 человек с ХСН. Средний возраст составил $63,5 \pm 10$. Проводилась эхокардиоскопия с расчетом индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ). Генотипированию подвергались образцы ДНК с амплификацией I/D полиморфизма гена АПФ методом ПЦР. Эктопическая активность миокарда оценивалась по результатам мониторинга ЭКГ, ЖЭС – в соответствии с градацией В. Low и М. Wolf с делением на классы от 0 до 5.

Результаты исследования. Доминирующей причиной формирования ХСН была ишемическая болезнь сердца (85%), в том числе в сочетании с артериальной гипертензией (70%). Начальные градации ЖЭС (0 и 1 класс) выявлены у 55% больных с ХСН (из них 46 % II, 54 % III ФК ХСН). ЖЭС высоких градаций отмечались у 25 % пациентов (III ФК).

После генотипирования, пациенты были разделены на 3 группы: 1-ая – гомозиготные по аллелю D (37%), 2-ая – с ID-генотипом (39%), 3-я – носители II-генотипа (24%). В 1-ой группе преобладали пациенты III и IV ФК ХСН (65% и 16% соответственно), что подтверждается значениями теста ходьбы (251,7±99,5м). ИММЛЖ у пациентов составил (192,3±40,2гр/м²). Пациенты с ID-полиморфизмом характеризовались меньшей выраженностью симптомов сердечной недостаточности (IV ФК определялся лишь в 4% случаев), они проходили большее расстояние, чем пациенты 1-й группы – 305,0±97,0м (p<0,05). ИММЛЖ был выше, чем в других группах (296,6±98,1гр/м²). В 3-й группе пациенты II и III ФК ХСН составили 46% и 41% соответственно, результат теста ходьбы в среднем – 306,0±102,0м, ИММЛЖ – 226,3±98,3гр/м².

Анализ нарушений ритма во взаимосвязи с полиморфизмом гена АПФ выявил, что ЖЭС высоких градаций выявлены у 70% больных, имеющих аллель D гена АПФ и только у 30% пациентов с II-генотипом.

Выводы: Наибольшей эктопической активностью в отношении ЖЭС обладали пациенты с хронической сердечной недостаточностью, имеющие аллель D гена АПФ, что, вероятно, указывает на менее благоприятное течение ХСН.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

**Имамутдинов Р.Р., Мисбахова А.Р., Быстрова Д.Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., проф. Булашова О.В., ассистент Хазова Е.В.**

Рост хронической сердечной недостаточности (ХСН) нельзя полностью объяснить с позиций влияния традиционных факторов риска. В настоящее время установлена четкая связь течения ХСН, ее тяжести, прогноза с возникновением депрессивных расстройств.

Цель исследования: Изучить распространенность депрессивных расстройств у пациентов с ХСН.

Объект и методы исследования. Под наблюдением находилось 100 больных с ХСН I-IV ФК обоего пола, в возрасте от 40 до 80 лет. Тяжесть ХСН определялась по NYHA. Группу сравнения составили здоровые мужчины и женщины соответствующего возраста. Депрессия выявлялась с использованием опросника HADS, учитывался суммарный показатель депрессии в баллах. Клинически выраженная депрессия – 11 и более баллов, субклиническая – 7-10 баллов.

Результаты и выводы. Основной этиологической причиной формирования ХСН была ишемическая болезнь сердца (ИБС) в сочетании с артериальной гипертензией (АГ) – 73%, только АГ – 17%, ИБС – 10% больных. Половина больных относилась ко II ФК, 37% – III ФК ХСН, реже диагностированы I и IV ФК (6% и 5%).

Клинически выраженная депрессия выявлена у 24% больных с ХСН, в том числе у 45% пациентов – субклиническая, в группе сравнения депрессивные расстройства наблюдались в 25-35% случаев. Клинически выраженная депрессия была характерна для женщин (75%), субклиническая депрессия встречалась с равной частотой у лиц обоего пола.

Распространенность клинически выраженной депрессии у больных с ХСН на фоне АГ была выше (30%), чем при сочетании АГ с ИБС (24%). У больных с ХСН и ИБС без гипертонии депрессия определялась в 13% случаев. Субклиническая депрессия чаще констатировалась у больных ИБС (54%), чем АГ (39%).

Доля больных с клинически выраженной депрессией увеличивалась по мере отягощения ФК ХСН (I ФК-15%, II-19%, III-32%, IV-34%). Наиболее распространена субклиническая депрессия у больных III ФК ХСН (50%), менее выражена у больных I ФК ХСН (43%), II ФК ХСН (42%) и IV ФК ХСН (37%).

Таким образом, группу риска по развитию клинически выраженной депрессии составляют преимущественно женщины артериальной гипертензией III-IV ФК ХСН.

ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕАКТИВНОСТИ

**Султанов А.Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., асс. Чугунова Д.Н.**

Цель. Изучить особенности распределения полиморфных маркеров гена β 1-адренорецептора ADRB1 у больных гипертонической болезнью в зависимости от типа вегетативной реактивности.

Материалы и методы. В исследование было включено 89 больных гипертонической болезнью I-II стадии, средний возраст которых составил 43±1 года, 35 из них женщины, 54 – мужчины. Всем больным проводилось определение полиморфизма гена β 1-адренорецептора (ADRB1) с использованием полимеразной цепной реакции, определение вариабельности сердечного ритма по данным холтеровского мониторинга ЭКГ с проведением ортостатической пробы. Для интерпретации результатов ортостатической пробы и оценки реактивности парасимпатического и симпатического отделов ВНС анализировалась динамика показателей спектральной мощности ВРС. В зависимости от степени изменения мощности низкочастотной и высокочастотной составляющих спектра вегетативную реактивность оценивали как адаптивную (симпатикотоническая) и дезадаптивную (гиперсимпатикотоническая) и асимпатикотоническая).

Результаты. При анализе результатов проведенной ортостатической пробы обнаружено, что 36 больных продемонстрировали адаптивную вегетативную реактивность, а 53 – дезадаптивную вегетативную реактивность.

При проведении анализа распределения полиморфных маркеров гена β 1-адренорецептора у больных гипертонической болезнью с различным типом вегетативной реактивности обнаружено, что у больных с дезадаптивным типом вегетативной реактивности генотип GG гена ADRB1 встречается достоверно чаще, чем у больных с адаптивным типом вегетативной реактивности (p=0,02).

Выводы. Существует ассоциация полиморфизма гена β 1-адренорецептора ADRB1 с типом вегетативной реактивности у больных гипертонической болезнью.

20 ЛЕТ В ПОИСКАХ ГЕНА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Царькова Е. В.

Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., доц. Ослопова Ю. В.

Фибрилляция предсердий (ФП) является наджелудочковой формой тахикардии, которая характеризуется наличием неkoordinированности возбуждения предсердий, что вызывает нарушение их механической функции. Согласно результатам Фремингемского исследования ФП встречается у 0,5% населения в возрасте 50-59 лет и у 8,8% - в возрасте 80-89 лет. Возникновение ФП в трудоспособном возрасте вызывает инвалидизацию у 88% больных. В большинстве случаев в основе ФП лежат различные патологические процессы в миокарде или нейро-гуморальном аппарате, регулирующем деятельность сердца. Однако, по меньшей мере у 1/3 больных этиологию ФП установить не удается. В этих случаях говорят об идиопатической или первичной ФП (loneatrialfibrillation). Предполагается наследственная обусловленность значительной части случаев идиопатической ФП. Изучение молекулярно-генетических механизмов ФП проводится в нескольких направлениях: выявление генов, мутации в которых приводят к возникновению аритмии (наследование таких аритмий осуществляется по классическому менделевскому типу), изучение полиморфизма различных генов, так называемых генов подверженности или генов-кандидатов. Скрининг генов подверженности, изучение их полиморфизма необходимы чтобы идентифицировать не только триггерные факторы, ответственные за возникновение острых форм ФП, но и факторы, ответственные за экстрасистолию. Еще одно направление поиска генетических основ ФП - анализ ФП как одного из проявлений других наследственных заболеваний, относящихся к каналопатиям. В настоящее время проводится поиск генов, причастных к контролю предрасположенности к ФП. Результаты этих исследований могут внести важнейший вклад в профилактику возникновения одной из самых распространенных и опасных аритмий.

СОСТОЯНИЕ КЛЕТОЧНОЙ МЕМБРАНЫ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ У ДЕТЕЙ

Мамяшева Д.Ш., Газиев Э.А., Рагимова А.А.

Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., проф. Ослопов В.Н., 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 исследования: оценить скорость натрий-литиевопротivotранспорта (Na^+-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 Na^+-Li^+ - протivotранспорта оценивали по методу M. Canessa.

Результаты исследования и выводы.

В результате проведенных исследований установлено, что у больных детей с диагнозом АтД скорость Na^+-Li^+ - протivotранспорта достоверно ($p > 0,01$) превышает значение в контрольной группе. Для каждого члена групп были проведены измерения скорости Na^+-Li^+ - протivotранспорта 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 Na^+-Li^+ - протivotранспорта превышающем 258 мкМл/л кл./час диагностировали АтД у детей. Пороговое значение скорости натрий-литиевого протivotранспорта в мембране эритроцита, равное 258 мкМл/л кл./час было определено на основе сопоставления значений скорости у контрольной группы здоровых пациентов и у детей больных АтД.

По результатам исследования получен патент на изобретение № 2459210 "Способ диагностики атопического дерматита у детей".

СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

Мамяшева Д.Ш., Газиев Э.А., Рагимова А.А.

Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., проф. Ослопов В.Н., 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. Известен способ диагностики атопического дерматита у детей, основанный на оценке гиперчувствительности фагоцитов больных к гистамину, связанной с регистрацией хемилюминесценции фагоцитов с разной концентрацией гистамина в организме пациента. Недостатком данного способа является диагностирование АтД косвенно, без учета процессов происходящих на клеточном уровне.

Цель исследования: определить диагностическую значимость скорости натрий-литиевопротivotранспорта (Na^+-Li^+) в мембране эритроцита у детей для диагностики АтД у детей.

Методы исследования. Проведено исследование скорости натрий-литиевопротivotранспорта (Na^+-Li^+) у 14 детей с АтД. Скорость Na^+-Li^+ - протivotранспорта оценивали по методу M. Canessa.

Результаты исследования и выводы.

При анализе полученных данных выявлено, что у больных детей с диагнозом АтД скорость Na^+-Li^+ - протivotранспорта достоверно ($p > 0,01$) превышает значение в контрольной группе. Скорость Na^+-Li^+ - протivotранспорта у больных с АтД превышала 258 мкМл/л кл./час.

Больной Н. 13 лет обратился с жалобами на высыпания на коже. Диагноз при поступлении в стационар – псевдоаллергическая (неспецифическая) форма аллергии в стадии обострения. Скорость Na^+-Li^+ - протivotранспорта в мембране эритро-

цита на второй день госпитализации составила 347 мкМл/л кл./час. Через 97 дней скорость Na⁺-Li⁺ – противотранспорта составила 344 мкМл/л кл./час. Клинический диагноз – АтД.

Больной Т. 12 лет. Диагноз при поступлении в стационар – неинфекционно-аллергическая форма дерматита, стадия обострения. Скорость Na⁺-Li⁺ – противотранспорта в мембране эритроцита на второй день госпитализации составила 361 мкМл/л кл./час. Через 102 дня скорость Na⁺-Li⁺ – противотранспорта составила 363 мкМл/л кл./час. Клинический диагноз – АтД.

По результатам исследования получен патент на изобретение № 2459210 "Способ диагностики атопического дерматита у детей".

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА И ФУНКЦИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Харисова Э.Х.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., проф. Булашова О.В., асс. Хазова Е.В.

Прогноз больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ухудшается при развитии почечной дисфункции. Вовлечение почек можно рассматривать как важнейшую детерминанту прогрессирования ХСН. Течение ХСН может быть ассоциировано и с полиморфизмом гена ангиотензинпревращающего фермента (АПФ).

Цель исследования: оценить скорость клубочковой фильтрации (СКФ) у больных ХСН с полиморфным вариантом гена АПФ.

Методы исследования. В исследовании принимали участие 110 больных, из них 51% женщин и 49% мужчин в возрасте от 36 до 88 лет. Функциональный класс (ФК) ХСН определялся по NYHA: I – 3%, II – 45%, III – 46%, IV ФК – 6%. Генотипированию подвергались образцы ДНК с амплификацией I/D полиморфизма гена АПФ методом ПЦР. СКФ рассчитывалась по формуле MDRD.

Результаты исследования и выводы. Основной причиной формирования ХСН была артериальная гипертензия (АГ) – 85%, в том числе в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС) – 68%. Снижение СКФ наблюдалось чаще у женщин (49,2%), чем у мужчин (17,6%). Среднее значение СКФ – 66,8 мл/мин/1,73м². Выявлена тенденция к ухудшению функции почек по мере прогрессированием сердечной недостаточности.

После генотипирования пациенты были разделены на 3 группы: 1-ая – гомозиготные по аллелю D (37%), 2-ая – с ID-генотипом (39%), 3-я – носители II-генотипа (24%). В 1-ой группе клинические проявления ХСН были значительными по выраженности (III ФК – 58%, IV ФК 8%), что подтверждалось значениями теста ходьбы (251,7±99,5м). Пациенты с ID-полиморфизмом характеризовались меньшей выраженностью симптомов сердечной недостаточности (IV ФК определялся лишь в 2,5% случаев), они проходили большее расстояние, чем пациенты 1-й группы – 305,0±97,0м (p<0,05). В 3-ей группе пациенты II и III ФК ХСН составили 52% и 32% соответственно, результат теста ходьбы в среднем – 306,0±102,0м, Средние значения СКФ не различались в исследуемых группах. Анализируя скорость клубочковой фильтрации у больных с ХСН во взаимосвязи с полиморфными вариантами гена АПФ, выявлен больший процент больных с нарушением почечной функции у гомозигот по аллелю D (35%) и ID – генотипом (41%).

Таким образом, скорость клубочковой фильтрации снижается с прогрессированием ХСН. Группу риска по нарушению функции почек составляют женщины с DD и ID –генотипами гена АПФ.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ТИПОВ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЖЕНЩИН КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Чибирева М.Д., Юрьева Ю.Ю.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., доц. Садыкова А.Р.

Цель исследования: изучить распределение типов ремоделирования левого желудочка (РЛЖ) у женщин климактерического периода с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы исследования: Обследовано 77 пациенток с АГ в возрасте 51,1±3,9 лет, 18 пациенток с высоким нормальным АД (ВНАД) в возрасте 51,7±4,2 лет и 11 женщин с нормальным АД (НАД) в возрасте 50,4±3,7 лет. Эхокардиографическое исследование проведено на ультразвуковом сканере «SIM5000 Plus», индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) вычислялся как соотношение массы миокарда левого желудочка к площади тела, типы РЛЖ определялись согласно A. Ganauetal. (1992). Статистический анализ проводился с использованием параметрических и непараметрических методов. Достоверность различий (p) в сравниваемых группах определялась с помощью критерия χ².

Результат: Была выявлена умеренная достоверная (p<0,05) корреляционная связь между уровнями АД и толщиной задней стенки левого желудочка (r_c=0,56 и r_d=0,62 для систолического и диастолического АД соответственно). У пациенток с АГ, по сравнению с женщинами с НАД, 57% имели гипертрофию левого желудочка (ГЛЖ) (ИММЛЖ>110г/м²), представительство наиболее серьезного в прогностическом отношении вида РЛЖ – концентрической гипертрофии возрастало с ростом АД. Уже в группе женщин с ВНАД были выявлены пациентки с концентрическим ремоделированием левого желудочка, составившие 17% группы.

Выводы: У женщин климактерического периода с АГ и даже с ВНАД наблюдается РЛЖ а, особенно, концентрическая ГЛЖ.

ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ С НЕКОТОРЫМИ ДАННЫМИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА У ЖЕНЩИН

Самигуллина А.Р., Матвеева В.Л.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., доц. Садыкова А.Р.

Цель исследования: изучить взаимосвязь уровня артериального давления (АД) у женщин с некоторыми данными гинекологического анамнеза (количеством беременностей, родов, абортотв.)

Материал и методы исследования: Обследована группа из 322 женщин – жительниц г. Казани в возрасте 21-59 лет; из них 56 практически здоровых добровольцев с нормальным артериальным давлением, 63 пациентки с высоким нормальным АД

(2010), с длительностью АГ – 12,8±9,7 лет. Из исследования исключались пациентки с симптоматическими формами АГ. Обследуемым проводилось анкетирование. Опрос включал в себя некоторые сведения гинекологического анамнеза (количество беременностей, родов, аборт). Корреляционные связи по Спирмену считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты: В группе обследованных женщин обнаружены значимые ($p < 0,05$) слабые корреляционные связи уровня систолического, диастолического и пульсового АД с перенесенным количеством беременностей ($r = 0,19$; $p < 0,001$; $r = 0,18$; $p < 0,01$ и $r = 0,17$; $p < 0,01$ соответственно), родов ($r = 0,13$; $p < 0,02$; $r = 0,12$; $p < 0,05$; $r = 0,13$ и $p < 0,05$) и абортов ($r = 0,19$; $p < 0,01$; $r = 0,18$; $p < 0,01$ и $r = 0,18$; $p < 0,01$).

Выводы: У женщин уровень АД значимо ($p < 0,05$) коррелирует с некоторыми данными гинекологического анамнеза (количеством беременностей, родов и абортов).

ЗНАЧЕНИЕ СКОРОСТИ Na⁺-Li⁺- ПРОТИВОТРАНСПОРТА В МЕМБРАНЕ ЭРИТРОЦИТА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ РАЗВИТИЯ ПРОАРИТМОГЕННОГО ЭФФЕКТА ВЕРАПАМИЛА

Царькова Е.В.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – к.м.н., доц. Ослопова Ю. В., к.м.н., доц. Богоявленская О.В.

Цель исследования: изучение эффективности применения и вероятности развития проаритмогенного эффекта антиаритмического препарата IV класса верапамила у больных с суправентрикулярной экстрасистолией (СВЭ) в зависимости от функционального состояния клеточных мембран, определяемого по величине скорости Na⁺-Li⁺-противотранспорта (Na⁺-Li⁺-ПТ) в мембране эритроцита.

Материал и методы: обследовано 28 больных (Б) в возрасте от 33 до 76 лет. Из них 9 мужчин (средний возраст 55,1 лет) и 19 женщин (средний возраст 63,3 года). Гипертоническая болезнь (ГБ) без другой патологии диагностирована у 13 Б, ишемическая болезнь сердца (ИБС) - у 3 Б, сочетание ИБС с ГБ - у 8 Б, идиопатическое нарушение ритма (ИНР) - у 4 Б.

Определялась скорость Na⁺-Li⁺-ПТ в мембране эритроцита по М. Canessa (1980). Исследование проводилось в кюветках (КВ) Na⁺-Li⁺-ПТ, границы которых составили: I КВ 38-203; II 204-271; III 272-345, IV 346-730 мкмольLi на литр клеток в час (мкМлi) (В.Н. Ослопов с соавт., 2006).

До и на фоне приема 120 мг верапамила проводилось суточное мониторирование ЭКГ. Эффективность антиаритмической терапии оценивалась путем подсчета общего количества СВЭ за сутки до и на фоне приема препарата.

Полученные результаты: Распределение Б по КВ Na⁺-Li⁺-ПТ выявило следующее: сочетание ИБС и АГ выявляется у пациентов II и III КВ, ИБС максимально представлена в I КВ, ГБ чаще встречается у больных IV КВ, ИНР выявляется у носителей величин II КВ скорости Na⁺-Li⁺-ПТ. Снижение количества СВЭ на фоне лечения верапамилем составило: в I КВ – 68,1% ($p < 0,05$), в III КВ – 17,3% ($p > 0,05$), в IV КВ – 36,8% ($p > 0,05$). У больных II КВ скорости Na⁺-Li⁺-ПТ, обнаружено увеличение числа СВЭ на 103%.

Выводы: У больных, имеющих скорость Na⁺-Li⁺-ПТ 38-271 мкМлi, выявляется достоверное снижение количества СВЭ на фоне приема верапамила. У носителей других величин скорости Na⁺-Li⁺-ПТ достоверного снижения числа СВЭ не выявлено. У больных, имеющих скорость Na⁺-Li⁺-ПТ 204-271 мкМлi выявляется его проаритмогенное действие.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ДАННЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ГЕСТАЦИОННОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В АНАМНЕЗЕ

Хафизова Л.С.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – к.м.н., асс. Шамкина А.Р.

Цель: изучить распределение некоторых данных гинекологического анамнеза у женщин репродуктивного возраста в зависимости от наличия гестационной гипертензией в анамнезе (ГГА).

Материал и методы. Обследовано 135 женщин в возрасте 21–46 лет; из них 25 женщин с нормальным артериальным давлением (НАД), 33 пациентки с высоким нормальным АД (ВНАД) и 77 пациенток с артериальной гипертензией (АГ) по классификации ВНОК (2010) с давностью АГ 0,5–24 года. Средний возраст пациенток с АГ составил 40,8±4,5 лет. Из исследования исключались пациентки с симптоматическими формами АГ. Обследуемым проводился опрос, включавший в себя некоторые данные гинекологического анамнеза (количество беременностей, родов, абортов, выкидышей; сведения о перенесенной гестационной гипертензии). Обследуемые были распределены на 2 группы в зависимости от наличия ГГА: без ГГА и с ГГА. Определялись групповые средние величины факторов. Для оценки значимости различий между вариационными рядами использовался критерий Манна–Уитни–Вилкоксона (U).

Результаты. В группе пациенток с АГ, имеющих ГГА, среди женщин репродуктивного возраста, по сравнению с группой лиц с НАД без ГГА, обнаружены значимо (по критерию U) более высокие средние значения количества беременностей (4,8±2,1 против 3,2±2,4; $p < 0,001$), родов (1,9±0,8 против 1,3±0,6; $p < 0,01$) и абортов (2,5±1,8 против 1,5±2,0; $p < 0,02$).

Значимые (по критерию U) различия выявлены также в следующих группах: количество беременностей – ВНАД с ГГА – АГ с ГГА ($p < 0,02$), количество абортов – ВНАД без ГГА – ВНАД с ГГА ($p < 0,05$), ВНАД с ГГА – АГ с ГГА ($p < 0,02$).

Вывод. У пациенток с АГ среди женщин репродуктивного возраста гестационная гипертензия в анамнезе ассоциируется со значимо ($p < 0,05$ по критерию U) более высокими средними значениями количества беременностей, родов и абортов.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ГЕСТАЦИОННОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В АНАМНЕЗЕ С ВЕЛИЧИНОЙ СКОРОСТИ НАТРИЙ-ЛИТИЕВОГО ПРОТИВОТРАНСПОРТА В ЭРИТРОЦИТЕ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Валиева И.Р.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – к.м.н., асс. Шамкина А.Р.

Цель: изучить взаимосвязь гестационной гипертензии в анамнезе (ГГА) с величиной скорости натрий-литиевого противотранспорта (Na/Li-ПТ) в эритроците у женщин репродуктивного возраста

Материал и методы. Обследовано 123 женщины в возрасте 21–46 лет; из них 21 женщина с нормальным артериальным давлением (НАД), 31 пациентка с высоким нормальным АД (ВНАД) и 71 пациентка с артериальной гипертензией (АГ) по классификации ВНОК (2010) с давностью АГ 0,5–24 года. Средний возраст пациенток с АГ составил 41,2±4,2 лет. Из исследования исключались пациентки с симптоматическими формами АГ. Обследуемым проводился опрос, включавший в себя некоторые данные гинекологического анамнеза (сведения о перенесенной гестационной гипертензии); определение скорости Na/Li-ПТ в эритроците (M.Canesa, 1980). Обследуемые были распределены на 2 группы в зависимости от наличия ГГА: без ГГА и с ГГА. Определялись групповые средние значения фактора. Для оценки значимости различий между вариационными рядами использовался критерий Манна–Уитни–Вилкоксона (U).

Результаты. В группе пациенток с АГ, имеющих ГГА, среди женщин репродуктивного возраста, по сравнению с группой лиц с НАД без ГГА и с ГГА, обнаружены значимо (по критерию U) более высокие средние значения скорости Na/Li-ПТ в эритроците (403,8±136,3 мкмоль/литр*клеток в час против 310,0±133,5 мкмоль/литр*клеток в час; $p < 0,02$ и 403,8±136,3 мкмоль/литр*клеток в час против 242,3±77,1 мкмоль/литр*клеток в час; $p < 0,05$, соответственно).

Значимые (по критерию U) различия выявлены также в следующих группах: ВНАД без ГГА – АГ без ГГА ($p < 0,05$), ВНАД с ГГА – АГ без ГГА ($p < 0,01$), ВНАД без ГГА – АГ с ГГА ($p < 0,01$), ВНАД с ГГА – АГ с ГГА ($p < 0,01$).

Вывод. У пациенток с АГ среди женщин репродуктивного возраста геста-ционная гипертензия в анамнезе ассоциируется со значимо (по критерию U) более высокими средними значениями скорости Na/Li-ПТ в эритроците.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ АПОПТОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, И У ЗДОРОВЫХ.

Димитриева О.С., Ибатуллина Г.И., Иванцов Е.Н.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., доц. Хасанов Н.Р.

Цель: изучить полиморфизм генов A1F, AMPA1 и AMPA2 у больных, перенесших инфаркт миокарда, и у здоровых с различным уровнем общего холестерина плазмы крови.

Материал и методы исследования: в исследование было включено 38 больных ишемической болезнью сердца, перенесших инфаркт миокарда (средний возраст – 67,3±1,9 года), в том числе 20 мужчин (52,63%) и 18 женщин (47,37%) и 97 здоровых лиц (без клинических признаков ишемической болезни сердца, средний возраст – 44,1±1,0 года), в том числе 22 мужчин (22,7%) и 75 женщин (77,3%), составивших контрольную группу. Всем больным определялся уровень общего холестерина плазмы крови и полиморфизм C/T в гене A1F, полиморфизм A/G в гене AMPA1 и полиморфизм T/C в гене AMPA2 методом полимеразной цепной реакции. Статистический анализ результатов исследования проводился при помощи прикладного пакета программ Statistica 6.1. Таблицы сопряженности 2x2 анализировались с применением точного критерия Фишера. Результаты считались достоверными при $p < 0,05$. Результаты: в группе больных, перенесших инфаркт миокарда, наблюдалось достоверно меньшая частота генотипа AA гена AMPA1 по сравнению с контрольной группой (0,13 и 0,41 соответственно, $p = 0,0021$, OR=0,22 при 95% ДИ=0,10–0,56). Кроме того, обнаружена тенденция к большей частоте генотипа GG гена AMPA1 среди больных инфарктом миокарда (0,34) по сравнению с группой контроля (0,20, $p = 0,1$). У 26 человек из группы больных инфарктом миокарда (68,4%) и у 54 человек из контрольной группы (55,6%) установлена гиперхолестеринемия (общий холестерин – выше 5 ммоль/л). Выявлено достоверно снижение частоты генотипа AA гена AMPA1 среди больных инфарктом миокарда с гиперхолестеринемией по сравнению с обследованными из группы контроля с повышенным уровнем общего холестерина (0,15 и 0,46 соответственно, $p = 0,0044$, OR=0,2 при 95% ДИ=0,09–0,56). Заключение: Носительство генотипа AA гена AMPA1 достоверно снижает риск развития инфаркта миокарда в 5 раз, в том числе при высоком уровне общего холестерина плазмы крови.

БЛОКАДА ПРАВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ

Шилева О.Е.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., асс. Чугунова Д.Н.

Цель. Изучить частоту встречаемости блокады правой ножки пучка Гиса у беременных женщин с антифосфолипидным синдромом.

Материалы и методы. В исследование было включено 30 беременных женщин с антифосфолипидным синдромом в возрасте от 20 до 30 лет и 30 здоровых беременных женщин того же возраста. Наличие антифосфолипидного синдрома устанавливалось согласно результатам гемостазиограммы, выявлению циркуляции волчаночного антикоагулянта и антител к кардиолипину. Всем беременным проводилась электрокардиография. Статистическую обработку материала проводили с использованием программы Microsoft Excel 7.0 и пакета прикладных программ Statistika 6.0.

Результаты. При анализе результатов исследования было выявлено, что у беременных с антифосфолипидным синдромом частота встречаемости полной блокады правой ножки пучка Гиса достоверно выше, чем у беременных без него (0,35 и 0,15; $p = 0,045$).

Выводы. Существует ассоциация частоты встречаемости полной блокады правой ножки пучка Гиса у беременных женщин с наличием у них антифосфолипидного синдрома.

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ БИОХИМИЧЕСКИХ, АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ У ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМИ УРОВНЯМИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ С ПОЗИЦИИ КВАРТИЛЬНОГО АНАЛИЗА ВЕЛИЧИН СКОРОСТИ Na+-Li+-ПРОТИВОТРАНСПОРТА

Захарова О.В., Белоусова Е.Н.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., проф. Ослопов В.Н.

Актуальность. Несмотря на то, что в Российских рекомендациях по артериальной гипертензии (АГ) приведены общие данные о распространенности гипертензии белого халата (ГБХ) и маскированной артериальной гипертензии (МАГ), публикаций

по изучению этих состояний (особенно в отношении МАГ) и их ассоциаций с различными факторами сердечно-сосудистого риска в отечественной литературе нет.

Цель. Изучить особенности биохимических, антропометрических и гемодинамических факторов у женщин с АГ, гипертензией белого халата и маскированной артериальной гипертензией при разных величинах скорости Na^+-Li^+ -противотранспорта.

Материал и методы. Когорта состояла из 108 женщин. Обследование, проводимое в кабинете врача, включало анкетирование, измерение артериального давления (АД), антропометрию (ОТ и ИМТ), определение глюкозы крови и липидного профиля, расчет индекса НОМА. Оценку АД в повседневных условиях проводили с помощью суточного мониторирования АД или домашнего его измерения в течение 4 дней.

Результаты. Поквартильные различия обнаружены для ИМТ, ОТ. Максимальные и патологические величины этих показателей достоверно выше у лиц, относящихся к IV квартилю скорости Na^+-Li^+ -противотранспорта. Важно, что эта закономерность имеет место как у больных АГ, так и при ГБХ и МАГ (ИМТ: АГ III квартиль - 28,1 кг/м², IV квартиль - 32,2 кг/м², $p < 0,05$; ИМТ МАГ III квартиль - 24,8 кг/м², IV квартиль - 24,2 кг/м². ОТ: АГ II квартиль - 88,5, IV квартиль - 98,5; ГБХ III квартиль - 84,5, IV квартиль - 89,5). Патологическая величина холестерина ЛПНП обнаружена у ГБХ IV квартиль - 4,4 ммоль/л, что достоверно больше, чем у ГБХ III квартиля - 3,1 ммоль/л, $p < 0,05$).

Выводы. Обнаружена общность в появлении патологических величин: ИМТ, ОТ, холестерин ЛПНП у больных всех трёх групп в том, что эти величины имеют место у лиц

IV квартиля скорости Na^+-Li^+ -противотранспорта, т.е. у лиц, имеющих мембранные нарушения.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ КЛЕТОЧНЫХ МЕМБРАН С ДОСТИЖЕНИЕМ ВЫСОКИХ РЕЗУЛЬТАТОВ В СПОРТЕ

Борисов Д.В.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., проф. Ослопов В.Н., Имамова Д.А.**

Актуальность. На протяжении веков человечество стремится к новым, все более высоким, достижениям и рекордам. В связи с этим образовалась определенная категория людей, посвящающих всю свою жизнь спортивным соревнованиям и тренировкам. Целенаправленный поиск предикторов на уровне генотипа и фенотипа, способных внести вклад в достижение высоких спортивных результатов (ДВСП), является актуальным вопросом спортивной медицины. Исследования по изучению взаимосвязи генетически-детерминированного функционального состояния клеточных мембран, оцениваемого по величине скорости Na^+-Li^+ -противотранспорта ($\text{Na}^+-\text{Li}^+-\text{ПТ}$), с ДВСП ранее не проводились.

Цель. Изучить взаимосвязь величин скорости $\text{Na}^+-\text{Li}^+-\text{ПТ}$ и ДВСП.

Методы. Изучение величин скорости $\text{Na}^+-\text{Li}^+-\text{ПТ}$ у 77 лиц, имеющих достижения в спорте (звания и разряды: 10 мастеров спорта международного класса, 25 мастеров спорта, 27 кандидатов в мастера спорта и другие), среди которых 38 мужчин и 39 женщин; проведение статистического анализа.

Результаты. Было выявлено, что у мужчин скорость $\text{Na}^+-\text{Li}^+-\text{ПТ}$ достоверно выше, чем у женщин (286 ± 52 против 259 ± 62 мкмоль/л/ч, $p < 0,05$), что соответствует общепопуляционным различиям по скорости $\text{Na}^+-\text{Li}^+-\text{ПТ}$ между мужчинами и женщинами. Обнаружены различия между скоростью $\text{Na}^+-\text{Li}^+-\text{ПТ}$ и отдельными видами спорта. У лиц, занимающихся тяжелой атлетикой, скорость $\text{Na}^+-\text{Li}^+-\text{ПТ}$ достоверно выше, чем у легкоатлетов (328 ± 17 против 275 ± 15 мкмоль/л/ч, $p < 0,01$), у баскетболистов величина скорости $\text{Na}^+-\text{Li}^+-\text{ПТ}$ значительно ниже, чем у остальных спортсменов, представленных в выборке (189 ± 25 против 279 ± 55 мкмоль/л/ч, $p < 0,01$). Для лиц, занимающихся единоборствами, водными, лыжными и стрелковыми видами спорта подобных различий обнаружить не удалось. При исследовании по-квартильного распределения спортсменов была выявлена следующая закономерность: большая часть спортсменов находится во II (39%) и III (40,2%) квартилях скорости $\text{Na}^+-\text{Li}^+-\text{ПТ}$, тогда как в I и IV квартили входит лишь по 10,4% лиц, участвовавших в исследовании.

Выводы. 1) Имеется взаимосвязь между генетически детерминированным состоянием клеточных мембран и достижение высоких спортивных результатов. 2) Лица, имеющие величины скорости $\text{Na}^+-\text{Li}^+-\text{ПТ}$, равные 204–345 мкмоль/л (II и III квартили скорости $\text{Na}^+-\text{Li}^+-\text{ПТ}$), скорее, могут добиться высоких спортивных результатов.

ВАЖНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ СКОРОСТИ $\text{Na}^+-\text{Li}^+-\text{ПРОТИВОТРАНСПОРТА}$ У ПАЦИЕНТОВ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА КАРДИАЛЬНЫЙ СИНДРОМ X

Борисов Д.В.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., проф. Ослопов В.Н.**

Актуальность. В настоящее время заболевания сердечно-сосудистой системы являются главной причиной инвалидизации и смертности взрослого населения. Кардиальный синдром X является одной из форм сердечно-сосудистой патологии. Данное состояние характеризуется наличием признаков ишемии миокарда на фоне отсутствия атеросклероза коронарных артерий и спазма эпикардиальных венечных артерий при коронарографии. Диагностика кардиального синдрома X затруднена, так как отсутствует единое мнение о причинах его возникновения и патогенетических механизмах, объединяющих пациентов, страдающих данным заболеванием. Рассматривается вопрос о патогенетической общности метаболического синдрома и кардиального синдрома X, которые ассоциируют с инсулинорезистентностью и значительным увеличением скорости $\text{Na}^+-\text{Li}^+-\text{ПРОТИВОТРАНСПОРТА}$ в мембране эритроцита. Суждение о наличии кардиального синдрома X происходит после проведения коронарной ангиографии (неинвазивные способы диагностики мало разработаны). Однако, осуществление данной процедуры вызывает опасения у ряда пациентов. Значительно повышенная скорость $\text{Na}^+-\text{Li}^+-\text{ПРОТИВОТРАНСПОРТА}$ у таких больных может стать еще одним аргументом в пользу проведения коронарографии.

Цель. Рассмотреть определение скорости $\text{Na}^+-\text{Li}^+-\text{ПРОТИВОТРАНСПОРТА}$ как одну из предпосылок для проведения коронарной ангиографии в ходе диагностики кардиального синдрома X.

Метод: анализ литературы.

Полученные результаты. В ходе проведенного обзора литературы были получены данные о том, что скорость $\text{Na}^+-\text{Li}^+-\text{ПРОТИВОТРАНСПОРТА}$ значительно повышена у 97,5% пациентов с кардиальным синдромом X по сравнению с контрольной группой (635 ± 200 против 324 ± 49 мкмоль/л/ч, $p = 0,001$). Следовательно, у больных ишемической болезнью сердца необходимо ис-

следовать скорость Na⁺-Li⁺-противотранспорта, так как ее высокие показатели (особенно при отсутствии артериальной гипертензии и сахарного диабета) свидетельствуют о большой вероятности наличия кардиального синдрома X. Коронарография у таких больных, скорее, не обнаружит поражения коронарных сосудов.

Заключение. Определение скорости Na⁺-Li⁺-противотранспорта может эффективно применяться в комплексной диагностике кардиального синдрома X, особенно учитывая большой опыт кафедры пропедевтики внутренних болезней в исследовании данного вопроса.

ИССЛЕДОВАНИЕ МЕЖКВАРТИЛЬНЫХ (ПО СКОРОСТИ Na⁺-Li⁺-ПРОТИВОТРАНСПОРТА В МЕСБРАНАХ ЭРИТРОЦИТОВ) И МЕЖГРУППОВЫХ (ПО УРОВНЯМ АД) РАЗЛИЧИЙ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ, ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ, БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ЖЕНЩИН В ПОПУЛЯЦИИ

Захарова О.В., Белоусова Е.Н.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., проф. Ослопов В.Н., Кальчева Е.Ю.

Актуальность. К таким формам АГ как МАГ (маскированная АГ) и ГБХ (гипертония белого халата) уделяется большое внимание. В Италии было проведено исследование PAMELA. Однако исследование этих форм АГ с позиций генетически детерминированного состояния клеточных мембран не проводилось.

Цель. Изучить особенности антропометрических, гемодинамических, биохимических, факторов у женщин с АГ, гипертензией белого халата и маскированной артериальной гипертензией при разных величинах скорости Na⁺-Li⁺-противотранспорта при межквартильно-межгрупповом анализе.

Материал и методы. Когорта состояла из 108 женщин. Обследование, проводимое в кабинете врача, включало анкетирование, измерение артериального давления (АД), антропометрию (ОТ и ИМТ), определение глюкозы крови и липидного профиля, расчет индекса НОМА. Оценку АД в повседневных условиях проводили с помощью суточного мониторирования АД или домашнего его измерения в течение 4 дней.

Результаты. Обнаружены достоверные различия по антропометрическим показателям (норма - АГ III квартиль 161см - ГБХ III квартиль 168 см, АГ III квартиль 161см - МАГ III квартиль 161см; ИМТ: норма IV квартиль - 25,5 кг/м² - АД IV квартиль - 32,2 кг/м², норма IV квартиль - 25,5 кг/м² - МАГ IV квартиль - 29,2 кг/м², норма IV квартиль - 25,5 кг/м² - ГБХ IV квартиль - 33,7 кг/м²); гемодинамическим показателям (пульс), биохимическим показателям (глюкоза, общий холестерин, триглицериды).

Выводы. Обнаружены достоверные межквартильные различия по уровню фактического риска между лицами с нормальным АД и различными вариантами АГ. Наибольшая частота различий в сторону более высоких показателей обнаружена у лиц с разными вариантами АГ по сравнению с нормой обнаружены у лиц III и, особенно, IV квартиля. Обнаруженные различия свидетельствуют о том, что, скорее всего, лица с АГ, МАГ, ГБХ, имеющие скорость Na⁺-Li⁺-противотранспорта станут больными АГ и именно у них могут возникнуть сердечно-сосудистые осложнения.

ПРОБЛЕМА КОМОРБИДНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

Борисов Д.В., Белоусова Е.Н., Афанасьева Т.Ю.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., асс. Макаров М.А.

Актуальность. Исследователями давно признана возможность рассматривать АГ как значительный фактор риска онкологических заболеваний (ОЗ). Согласно недавним исследованиям, высокое артериальное давление (АД) связано с повышенным риском развития рака.

Цель. Изучить проблему коморбидности артериальной гипертензии и злокачественных новообразований

Методы. Анализ литературы

Результаты. Результаты предыдущих исследований по изучению связи АД с ОЗ, проведенные на небольших выборках пациентов, получились противоречивыми, однако исследование, проведенное с участием 289454 мужчин и 288345 женщин, продемонстрировало, что повышенное АД значительно ассоциировано с увеличением риска развития ОЗ среди мужчин на 10-20%, а также с повышенным риском смерти от ОЗ как среди мужчин, так и среди женщин. Исходя из полученных данных, все участники исследования были поделены на 5 групп (или квантилей) таким образом, что люди с самым низким АД оказались в 1-м квантиле, а с самым высоким – в 5-м.

После 12 лет наблюдений у 22184 мужчин и 14744 женщин были диагностированы ОЗ, кроме того, 8724 мужчины и 4525 женщин умерло от ОЗ. Общий риск развития какого-либо ОЗ у мужчин из 5-го квантиля был повышен на 29%, по сравнению с мужчинами из 1-го квантиля. Высокое АД у мужчин было ассоциировано с повышенным риском рака толстой кишки, рака легкого, рака почек, рака мочевого пузыря, а также меланомного и немеланомного рака кожи. У женщин не было выявлено статистически значимой ассоциации между повышенным АД и общим риском развития ОЗ, однако была обнаружена ассоциация с повышенным риском развития рака печени, поджелудочной железы, рака шейки матки и меланомы.

Выводы. Как у мужчин, так и у женщин наблюдался повышенный риск смерти от рака: мужчины из 5-го квантиля имели на 49% более высокий риск смерти по сравнению с мужчинами из 1-го квантиля. У женщин из 5-го квантиля наблюдался на 24% более высокий риск смерти, по сравнению с таковыми из 1-го квантиля. Абсолютный риск развития ОЗ у мужчин из 5-го квантиля составил 16%, из 1-го квантиля – 13%. Абсолютный риск смерти от онкологических заболеваний у мужчин 5-го квантиля составил 8%, из 1-го квантиля – 5%, для женщин эти показатели составили 5% и 4%, соответственно.

РИСК РАЗВИТИЯ РАКА ПРИ ПРИЕМЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Борисов Д.В., Белоусова Е.Н., Афанасьева Т.Ю.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., асс. Макаров М.А.

Актуальность. Обсуждаются данные о 5,0-10,0% риске развития рака при приеме антигипертензивных препаратов.

Цель. Оценить риск развития рака при приеме антигипертензивных препаратов.

Методы. В базах данных PubMed, Embase, Cochrane и Центрального регистра клинических исследований от 1950 до августа 2010 года были найдены и проанализированы данные рандомизированных клинических исследований с использованием

антигипертензивных препаратов 1-го ряда (блокаторы рецепторов ангиотензина [БРА], ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента [иАПФ], бета-адреноблокаторы [БА], антагонисты кальция [АК] и диуретики) с продолжительностью наблюдения как минимум 1 год. Первичными конечными точками были возникновение рака и смерть, обусловленная раком.

Результаты. В базе данных было идентифицировано 70 рандомизированных контролируемых исследований (148 групп сравнения), в которых принимало участие 324 168 пациентов. При проведении сетевого метаанализа (модель с фиксированным эффектом) не было выявлено различий в риске развития рака при приеме БРА (частота выявления 2,04 %; соотношение риска 1,01, 95% доверительный интервал — 0,93–1,09), иАПФ (2,03 %; 1,00, 0,92–1,09), БА (1,97 %; 0,97, 0,88–1,07), АК (2,11 %; 1,05, 0,96–1,13), диуретиков (2,02 %; 1,00, 0,90–1,11) или в группах контроля (1,95 %; 0,97, 0,74–1,24) в сравнении с плацебо (2,02 %). Отмечено незначительное, но достоверное увеличение риска заболеть раком при использовании комбинации иАПФ и БРА (2,30 %, 1,14, 1,02–1,28). Не выявлено различий в частоте смертей, обусловленных раком, при приеме БРА (смертность 1,33 %; соотношение риска — 1,00, 95% доверительный интервал 0,87–1,15), иАПФ (1,25 %; 0,95, 0,81–1,10), БА (1,23 %; 0,93, 0,80–1,08), АК (1,27 %; 0,96, 0,82–1,11), диуретиков (1,30 %; 0,98, 0,84–1,13), в других группах контроля (1,43 %; 1,08, 0,78–1,46) и в группе комбинации иАПФ и БРА (1,45 %; 1,10, 0,90–1,32).

Выводы. Проведенный метаанализ опровергает данные о 5,0–10,0% увеличении риска развития рака или смерти от рака при применении БРА, иАПФ, БА, АК и диуретиков. Однако он не позволяет исключить увеличение риска развития рака при применении комбинации иАПФ и БРА.

МЕТЕОЗАВИСИМЫЕ АСПЕКТЫ ДИНАМИКИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Царькова Е.В.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – к.м.н., доц. Ослопова Ю.В., к.м.н., доц. Богоявленская О.В.

Изучение влияния погодных факторов на повышение артериального давления (АД) и развитие осложнений артериальной гипертензии (АГ) представляет довольно сложную задачу, так как их трудно отделить от осложнений, связанных с воздействием производственных условий, особенностями питания, вредными привычками, нервным перенапряжением и др. Основное значение в развитии патологических нарушений придают магнитной активности и барометрическому давлению. АД обладает спонтанной вариабельностью как в пределах одного дня, так и в различные дни, месяцы и сезоны. Так, наиболее часто гипертонические кризы возникают в период от 18 до 24 ч, что можно объяснить влиянием нагрузки рабочего дня, физической и умственной усталостью и снижением адаптационных свойств организма. Самое большое количество гипертонических кризов наблюдается в холодное время года (ноябрь, декабрь, январь, февраль).

Сезонные и суточные колебания температуры и атмосферного давления являются также значительными для больных артериальной гипертензией. Изменение атмосферного давления в 1 мм ртутного столба сравнивают с давлением на организм 20 кг массы (М.П.Савенков, 2012). Выделяют следующие гипертензивные метеофакторы: стабильно высокое атмосферное давление (более 750 мм рт. ст.), колебания атмосферного давления более чем 0,5 мм в час и колебания температуры воздуха более 30°C (выход из помещения).

Для рационального и эффективного применения лекарственных средств, своевременного проведения профилактических мероприятий, направленных на стабилизацию АД и сохранение трудоспособности, необходимо учитывать возможность патогенного влияния метеорологических факторов по сезонам года и времени суток.

МЕТОДЫ ТРАДИЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ

Д.Р. Хайруллина, О.С. Назарова, И.А. Рзаев

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – к.м.н., доц. Каримов И.М.

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в мире насчитывается более 2 млрд. человек, страдающих заболеваниями печени, что в 100 раз превышает распространенность ВИЧ-инфекции. За последние 20 лет во всем мире прослеживается отчетливая тенденция к росту числа заболеваний гепатобилиарной системы и, в частности, печени. Только в странах СНГ ежегодно регистрируется от 500 тыс. до 1 млн. человек, страдающих той или иной печеночной патологией. В лечении заболеваний печени достойное место занимают методы традиционной медицины.

Цель исследования: изучить различные методы традиционной медицины, применяемые при лечении патологии печени.

Задачи: рассмотреть современные представления о возможности применения методов традиционной медицины при лечении заболеваний печени.

Методы исследования: обзор отечественной и зарубежной литературы за 2000-2012 гг.

В настоящей работе определено значение методов народной медицины при лечении заболеваний печени. Проведена сравнительная характеристика методов традиционной медицины в зарубежных странах и России. Отдельно рассмотрены особенности лечения гепатитов и циррозов. Изложены особенности применения методов традиционной медицины при проведении профилактических мероприятий.

МЕТОДЫ ТРАДИЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

А.Р. Гильфанова, И.И. Шакиров, Л.А. Аксёнова

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – к.м.н., доц. Каримов И.М.

По данным экспертов ВОЗ (2010), каждая 5-я женщина и каждый 10-й мужчина в Европе страдают патологией желчного пузыря и желчевыводящих путей (ЖВП). В последние годы отмечается увеличение частоты патологии гепатобилиарной системы в молодом возрасте, у женщин в 4-7 раз чаще, чем у мужчин. В настоящее время при лечении заболеваний желчного пузыря и ЖВП всё чаще применяются методы традиционной медицины.

Цель исследования: изучить основные направления лечения желчного пузыря и ЖВП методами традиционной медицины.

Задачи: определить основные показания и особенности применения методов традиционной медицины в терапии заболеваний желчного пузыря и ЖВП.

Методы исследования: обзор отечественной и зарубежной литературы за 2000-20012 гг.

Данная работа посвящена изучению основных показаний и особенностей лечения заболеваний желчного пузыря и ЖВП, в частности, бескаменного и калькулезного холециститов. Представлены данные об эффективности применения методов традиционной медицины при лечении дискинезии желчевыводящих путей. Показаны современные представления о значении методов народной медицины о общей схеме лечения желчного пузыря и ЖВП. Разобраны возможности использования методов традиционной медицины в целях профилактики.

МЕТОДЫ ТРАДИЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

М.А. Заболотских, Р.А. Валиева, З.У. Куштова
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., доц. Каримов И.М.

В последние годы отмечается тенденция к увеличению числа лиц с патологией поджелудочной железы. Исследования показали, что на долю панкреатитов приходится не менее 10% заболеваний органов пищеварения.

Применение современных лекарственных препаратов не всегда приводит к желаемому результату, поэтому применение методов традиционной медицины в лечении патологии поджелудочной железы становится все более актуальным.

Цель исследования: изучить различные методы традиционной медицины, применяемые при лечении заболеваний поджелудочной железы.

Задачи: рассмотреть различные способы применения методов традиционной медицины при лечении патологии поджелудочной железы.

Методы исследования: обзор отечественной и зарубежной литературы за 2000-20012 гг.

Настоящая работа посвящена изучению места методов традиционной медицины в общей схеме лечения заболеваний поджелудочной железы. Представлены основные методы традиционной терапии, применяемые за рубежом и в России при лечении заболеваний поджелудочной железы. Рассмотрены особенности использования народных методов лечения острого и хронического панкреатитов, а также панкреонекроза. Изложены основные направления применения методов традиционной медицины в профилактических целях.

ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМ ПОЛИМОРФИЗМОМ ГЕНА АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА

Газизянова В.М.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., проф. Булашова О.В.

В развитии хронической сердечной недостаточности (ХСН) важная роль принадлежит гиперактивации ренин-ангиотензин-альдостероновой (РААС) и симпатико-адреналовой систем (САС). Одним из ключевых звеньев РААС является ангиотензинпревращающий фермент (АПФ), активность которого находится под генетическим контролем, что вызывает особый интерес к изучению полиморфизма гена АПФ у больных с ХСН.

Цель: изучить клинические портреты ХСН у пациентов с различными полиморфизмами гена АПФ.

Объект и методы исследования. Обследовано 70 больных с ХСН обоего пола. Средний возраст составил 64,5±10,2 года. В структуре функциональных классов (ФК) ХСН преобладали II – 39%; III – 49%, реже встречались I – 3% и IV – 9%, что подтверждалось данными теста 6-минутной ходьбы. Материалом для генотипирования были образцы ДНК с амплификацией I/D полиморфизма гена АПФ методом ПЦР.

Результаты. Пациенты были разделены на 3 группы: 1-ая – с генотипом DD (37%), 2-ая – с ID-генотипом (39%), 3-я – носители генотипа II (24%).

В 1-ой группе преобладали пациенты III и IV ФК (65% и 16% соответственно), минимальное расстояние, пройденное за 6 минут – 251,7±99,5м; индекс массы тела (ИМТ) – 32,3±14,0 кг/м². У 16% больных выявлен сахарный диабет (СД) 2-ого типа. У 50% выявлено нарушение ритма по типу фибрилляции предсердий (ФП). Частота сердечных сокращений (ЧСС) не превышала 81,85±19,3 в минуту.

У пациентов 2-ой группы IV ФК ХСН встречался реже (4%). Они проходили большее расстояние, чем пациенты 1-й группы – 305,0±97,0м (p<0,05); ИМТ – 31,0±6,7кг/м². У 26% больных был диагностирован СД 2-го типа, ФП выявлена у 41,4% больных. ЧСС в среднем составила 84±21,3 в минуту.

В 3-ей группе преобладали пациенты II и III ФК ХСН (46% и 41% соответственно), результат теста 6-минутной ходьбы – 302,4±96,9м; ИМТ был незначительно выше нормы (28,0±5,6 кг/м²). Реже встречался сахарный диабет (6%) и ФП (41%). ЧСС не превышала 77,5±16,0 в 1 минуту.

Выводы: В группе пациентов с DD-генотипом клинические симптомы сердечной недостаточности более выражены в сравнении с больными с II-генотипом гена АПФ. Сахарный диабет, как ассоциированное с ХСН состояние, достоверно чаще диагностируется у пациентов с ID-генотипом гена АПФ.

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА И β-АДРЕНОРЕАКТИВНОСТЬ ОРГАНИЗМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Газизянова В.М.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., проф. Булашова О.В.

В развитии хронической сердечной недостаточности (ХСН) важная роль принадлежит нейрогуморальному дисбалансу в сторону гиперактивации симпатико-адреналовой системы, что приводит к ремоделированию миокарда. Активность катехоламинов нарастает параллельно тяжести ХСН, что сопровождается десенситизацией адренорецепторов клеточных мембран.

Цель исследования: изучить структурно-функциональные параметры сердца у больных с ХСН с различным уровнем β-адренореактивности организма (β-АРМ).

Объект и методы исследования. Обследовано 92 пациента обоего пола с ХСН в возрасте $64,6 \pm 9,9$ г. Группа сравнения – 30 условно здоровых людей. Уровень β -АРМ определялся по осморезистентности эритроцитов под влиянием β -адреноблокатора. Выполнялась эхокардиоскопия с расчетом относительной толщины стенки левого желудочка (ОТС), массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ), индекса ММЛЖ. При статистическом анализе использовалась программа Statistica 6.

Результаты исследования и заключение. Средние величины β -АРМ у больных с ХСН превышали показатели группы сравнения (31 усл. ед. и $21,3$ усл. ед., $p < 0,05$).

По уровню β -АРМ пациенты были разделены на 2 группы: 1-я – с нормальным уровнем β -АРМ (2–20 усл. ед.), 2-я – со сниженным (более 20 усл. ед.). Клинически выраженная ХСН более характерна для пациентов 2-ой группы: ФК IV 7%, III – 45%. В 1-ой группе: III – 46%, IV – 0%. При исследовании β -АРМ в зависимости от функции ЛЖ систолическая дисфункция ЛЖ чаще наблюдалась у больных со сниженной β -АРМ в сравнении с пациентами группы сравнения (46% и 20%). При изучении ЭхоКС-параметров выявлены различия в геометрических моделях миокарда ЛЖ: у пациентов с нормальным уровнем β -АРМ доминировал концентрический тип (70%), характеризующийся увеличенной ОТС и ММЛЖ, у пациентов 2-ой группы – эксцентрическая гипертрофия ЛЖ (79%). При прогрессировании ХСН величина β -АРМ нарастала, что может свидетельствовать о защитной (адаптационной) десенситизации адренорецепторов клеточных мембран от деструктивного влияния повышенного уровня катехоламинов.

Исследование показало, что снижение β -адренореактивности организма характерно для больных со сниженной систолической функцией левого желудочка и сопровождается эксцентрическим типом ремоделирования миокарда.

ПРОЛАПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ

Чугунова Д.Н.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – д.м.н., проф. Ослопов В.Н.

Цель. Проанализировать частоту встречаемости пролапса митрального клапана у беременных женщин с антифосфолипидным синдромом.

Материалы и методы. В исследование было включено 38 беременных женщин с антифосфолипидным синдромом в возрасте от 21 до 35 лет, средний возраст $27 \pm 1,2$ года и 30 здоровых беременных 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 беременным 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 беременных с антифосфолипидным синдромом частота встречаемости пролапса митрального клапана достоверно выше, чем у беременных без антифосфолипидного синдрома (0,17 и 0,04; $p = 0,03$).

Выводы. Существует ассоциация частоты встречаемости пролапса митрального клапана у беременных женщин с наличием у них антифосфолипидного синдрома.

ВРЕМЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В АССОЦИАЦИИ ПОЛИМОРФИЗМОМ НЕКОТОРЫХ ГЕНОВ КАНДИТАТОВ

Цуров Х.М.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – к.м.н., асс. Чугунова Д. Н.

Цель: Изучить временные показатели вариабельности сердечного ритма у больных гипертонической болезнью в зависимости от полиморфизма M235T гена ангиотензиногена AGT.

Материал и методы. В исследование было включено 50 больных гипертонической болезнью I-II стадии в возрасте от 18 до 65 лет, 28 из них женщины, 22 – мужчины. Больные со вторичными артериальными гипертензиями в исследование не включались. Всем больным проводилось определение полиморфизма M235T гена ангиотензиногена AGT с использованием полимеразной цепной реакции, определение временных показателей вариабельности сердечного ритма по данным холтеровского мониторинга ЭКГ. Статистическую обработку материала проводили с использованием программы Microsoft Excel 7.0 и пакета прикладных программ Statistika 6.0.

Результаты. При анализе распределения больных в зависимости от полиморфизма M235T гена ангиотензиногена AGT было выделено 3 группы: носители генотипа MM – 10 человек, носители генотипа MT – 30 человек и носители генотипа TT – 10 человек. При анализе временных показателей вариабельности сердечного ритма у больных гипертонической болезнью в зависимости от полиморфизма M235T гена ангиотензиногена установлено, что у носителей генотипа MT уровень показателей сигма и мода достоверно выше, чем у носителей генотипа TT данного гена ($54,0 \pm 3$ и $41,4 \pm 2$; $p = 0,031$ и $0,89 \pm 0,4$ и $0,80 \pm 0,2$ $p = 0,039$, соответственно).

Выводы. Существует ассоциация временных показателей вариабельности сердечного ритма и полиморфизма M235T гена ангиотензиногена AGT.

КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ СВЯЗИ ПУЛЬСОВОГО ДАВЛЕНИЯ С ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЖЕНЩИН

Гараева Р.М.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – к.м.н., асс. Шамкина А.Р.

Цель: изучить корреляционные связи пульсового давления с электрокардиографическими (ЭКГ) признаками гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) у женщин.

Материал и методы. Обследовано 207 женщин в возрасте 27–59 лет; из них 33 практически здоровых добровольца с нормальным артериальным давлением 45 пациенток с высоким нормальным АД и 129 пациенток с артериальной гипертензией (АГ) по классификации ВНОК (2010), с длительностью АГ – 0,5–34 года. Средний возраст пациенток с АГ – $46,7 \pm 6,8$ лет. Из исследования исключались пациентки с симптоматическими формами АГ. Обследуемым проводилась электрокардиография.

ГЛЖ определялась по признакам Соколова-Лайона, Корнельскому, Губнера-Унгерлейдера, амплитуде RaVL, RV5,6. Корреляционные связи по Спирмену считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. У женщин обнаружены высокозначимые ($p < 0,001$) умеренные корреляционные связи пульсового давления со всеми изученными ЭКГ-признаками ГЛЖ (Соколова-Лайона ($r = 0,36$), Корнельским ($r = 0,48$), Губнера-Унгерлейдера ($r = 0,43$), амплитудой RaVL ($r = 0,41$), RV5,6 ($r = 0,30$)).

Вывод. У женщин пульсовое давление значимо ($p < 0,001$) коррелирует с изученными электрокардиографическими признаками гипертрофии левого желудочка.

КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ СВЯЗИ ПУЛЬСОВОГО ДАВЛЕНИЯ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У ЖЕНЩИН

Шигапова Г.С., Давлятшина Р.Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., асс. Шамкина А.Р.

Цель: изучить корреляционные связи пульсового давления с показателями эхокардиографического (Эхо-КГ) исследования у женщин.

Материал и методы. Обследовано 218 женщин в возрасте 21–59 лет; из них 30 практически здоровых добровольцев с нормальным артериальным давлением, 38 пациенток с высоким нормальным АД и 150 пациенток с артериальной гипертензией (АГ) по классификации ВНОК (2010), с длительностью АГ – $14,4 \pm 9,2$ лет. Средний возраст пациенток с АГ – $46,5 \pm 7,2$ лет. Из исследования исключались пациентки с симптоматическими формами АГ. Обследованным проводилась эхокардиография. Индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) вычислялся как соотношение массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ) к площади тела. Корреляционные связи по Спирмену считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. У обследованных обнаружены высокозначимые ($p < 0,001$) умеренные корреляционные связи пульсового давления со следующими показателями Эхо-КГ-исследования: толщиной межжелудочковой перегородки ($r = 0,51$), толщиной задней стенки левого желудочка ($r = 0,45$), ММЛЖ ($r = 0,52$), ИММЛЖ ($r = 0,45$).

Вывод. У женщин пульсовое давление значимо ($p < 0,001$) коррелирует с некоторыми изученными показателями эхокардиографического исследования.

ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ПЕРЕДНЕ-ЛЕВОГО ГЕМИБЛОКА И СИНДРОМА ЗС У БОЛЬНОЙ С БОЛЕЗНЬЮ ХАММАНА-РИЧА

Афанасьева Т.Ю., Зиганшина Г.Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., проф. Ослопов В.Н.

Больная Г. 68 лет 8 июня 2009 года была госпитализирована в одну из больниц г. Казани. Жалобы при поступлении: сухой кашель со скудной мокротой, боли в грудной клетке с обеих сторон, смешанная одышка. Состояние больной тяжелое: ортопноэ, диффузный цианоз, отеки на ногах, «трескучая» крепитация с обеих сторон ниже лопаток, феномен «писка». Рентгенограмма ОГК: диффузный интерстициальный пневмосклероз. Поставлен диагноз: Фиброзирующий альвеолит (болезнь Хаммана-Рича), лёгочно-сердечная недостаточность III степени, дыхательная недостаточность III. Назначено соответствующее лечение.

9 июня 2009 записана ЭКГ при помощи автоматической системы «Валента». По результатам автоматической дешифровки (P 0,08 сек, PQ, 0,15 сек, QRS 0,07 сек, RR_{макс}-RR_{мин} 0,57-0,56, RR 0,57 сек, AQRS -51 град, ЧСС 106 уд/мин) сделано заключение: синусовая тахикардия, отклонение ЭОС влево, неполная блокада правой ножки пучка Гиса, блокада передне-верхних разветвлений левой ножки пучка Гиса, возможный синдром ранней реполяризации желудочков. После просмотра ЭКГ врачом дописано: «Не исключаются ЭКГ-признаки гипертрофии правого желудочка (ПЖ)».

В ноябре 2010 г. при повторной госпитализации пациентки по поводу ухудшения состояния была снята ЭКГ на обычном электрокардиографе с врачебной расшифровкой: синусовый ритм (ЧСС 100 в мин), выраженное отклонение ЭОС вправо (угол альфа +135 град), переходная зона смещена влево, выраженный R в отведении aVR («поздний зубец R»), T III (-+), TV1 (-), индекс Соколова-Лайона: $RV1+SV5 = 1,5$ мВ (15 мм), qR-тип гипертрофии ПЖ. После выписки через 15 дней пациентка скончалась от прогрессирования сердечно-лёгочной недостаточности.

С позиции ЭКГ-диагностики в приведенном случае наблюдалась не смена выраженной левограммы на правограмму и не «исчезновение» передне-левого гемиблока, а трансформация ЭКГ-признаков с S-типа ЭКГ гипертрофии ПЖ вследствие поворота сердца вокруг поперечной оси верхушкой назад на qR-тип, что у больной Г. обусловлено перегрузкой ПЖ давлением в связи с прогрессирующим фиброзирующим альвеолитом. Выводы: роль врача-диагноста в формулировании заключения по ЭКГ с обязательным учетом клинической картины заболевания остается приоритетной в связи с наличием определенных ограничений диагностических алгоритмов автоматической дешифрации ЭКГ.

INTERRELATION OF PULSE PRESSURE WITH SOME DATA OF GYNECOLOGICAL HISTORY IN WOMEN

D. Salvi
Kazan State Medical University
Guide – assoc. professor A.R. Sadykova

Objective: to study interrelation of pulse pressure with some data of gynecological history (a number of pregnancies, deliveries, abortions, and miscarriages) in women.

Methods: Survey included 322 women – 21-59 years old Kazan citizens, 56 of them were virtually healthy normotensive volunteers, 63 – patients with high normal BP and 203 hypertensives according to ESC/ESH classification, 2010, with average duration of hypertension – $12,8 \pm 9,7$ лет. Patients with secondary forms of hypertension were excluded. All surveyees underwent questioning, which included some data of gynecological history (a number of pregnancies, deliveries, abortions, and miscarriages). Correlation was considered significant in value of $p < 0,05$.

Results. Significant ($p < 0,05$) weak correlation of pulse pressure with number of pregnancies ($r = 0,17$; $p < 0,01$), deliveries ($r = 0,13$; $p < 0,05$), and abortions ($r = 0,18$; $p < 0,01$) was found.

Conclusion. Pulse pressure significantly ($p < 0,05$) correlates with some data of gynecological history (a number of pregnancies, deliveries, abortions, and miscarriages).

СОЦИОЛОГИЯ

СПЕЦИАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ НЕЗРЯЧИХ ДЕТЕЙ

Никонова А.А.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.пол.н., проф. Мухарямова Л.М**

В декабре 2012 года был принят и одобрен новый закон «Об образовании в Российской Федерации». Одно из явных отличий его от предыдущей версии – законодательное закрепление на федеральном уровне понятия «инклюзивное образование». Инклюзивное образование рассматривается как обеспечение равного доступа к образованию для всех обучающихся с учетом разнообразия особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей. Таким образом, российский закон приблизился к международным принципам и стандартам, гарантирующим равные права для всех без исключения граждан. Однако данный факт можно рассматривать по-разному.

Конечно, инклюзивное образование, – благо для ребенка-инвалида, оно способствует его успешной интеграции в общество. Но принципы инклюзии неприменимы в неподготовленной образовательной системе. Поэтому целью проводимого исследования являлся анализ отношения экспертов к принципам инклюзивного образования. В качестве основного метода было выбрано интервью директоров, завучей и учителей, воспитателей школ и детских садов для слабовидящих и незрячих детей-инвалидов Республики Татарстан.

Проведенное исследование показало, что дошкольное и школьное специальное образование для детей-инвалидов сейчас очень медленно движется к инклюзивному. Физическая среда в школах не приспособлена для нужд незрячих детей. Психологическая среда, по мнению экспертов, также некомфортна для инвалида, ведь в общественном сознании все еще сохраняются стереотипы о том, что инвалиды – беспомощные люди, не способные жить самостоятельно полной жизнью. Педагоги также не готовы к тому, чтобы работать в массовой школе. Инклюзивное образование предполагает обучение незрячих детей по тем же учебным планам и программам, но есть и нюансы. Они связаны, прежде всего, с работой тифлопедагогов, которые, в случае инклюзивного образования, должны быть в штате каждого учебного заведения. И еще одна из самых болезненных проблем – низкая укомплектованность учебными и методическими материалами. По словам воспитателей, им порой вообще приходится сооружать учебно-методический материал из подручных средств.

Инклюзивное образование – ценный вклад в будущее ребенка-инвалида, от которого в дальнейшем зависит и его профессиональный успех, но переходить к нему нужно постепенно, что и подтвердило исследование.

ИСТОРИЧЕСКАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ ОТНОШЕНИЯ ОБЩЕСТВА К УМСТВЕННО ОТСТАЛЫМ ЛИЦАМ

Мифтахова Л.Р.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.соц.н., доц. Кузнецова И.Б**

Умственная отсталость определяется в Международной классификации болезней 10-го пересмотра как состояние неполного развития психики, которое характеризуется, главным образом, недостаточностью способностей, определяющих общий уровень интеллекта.

Цель нашего исследования заключалась в изучении динамики развития отношения общества к лицам с интеллектуальными нарушениями здоровья с времен Древнего мира по настоящее время. Методом исследования выступил контент-анализ различных информационных источников по вопросам отношения к умственно отсталым лицам на протяжении всего исторического развития общества.

В рамках нашего исследования был проведен анализ статей, публикаций различных авторов, которые описывали историю развития отношения общества к умственно отсталым лицам на всем протяжении его существования. Анализ данных показал, что современное положение умственно отсталых лиц является более демократичным и нормативно защищенным, нежели это было во времена Древнего мира. Как выяснилось, во многих древних обществах были приняты нормы и идеалы идеального человека, и, как правило, тех лиц, которые под эти стандарты не попадали, государство предпочитало истреблять. Например, идеалом Спарты был здоровый воин, готовый драться в любое время, и в этом обществе предпочитали жестоко избавляться от детей с физическими и психическими аномалиями в организме. Но такое отношение было не во всех обществах. Следует сказать, что церковь и иные религиозные организации в некоторых государствах предпочитали использовать умалишенных в качестве сборщиков подаяний.

Коренным моментом в изменении отношения к умственно отсталым лицам стал период Великой французской буржуазной революции, в результате которой претерпела изменения Декларация прав человека. Теперь ответственность за заботу и помощь уязвимым лицам, к которым относились и лица с умственной отсталостью, полностью возлагалась на государство.

На сегодняшний день политика большинства государств направлена на поддержку и развитие лиц с интеллектуальными нарушениями. Сформирована система коррекционного образования, развивается институт дефектологии и логопедии, высоко организована деятельность реабилитационных центров и коррекционных школ; создаются условия для трудовой адаптации лиц с умственной отсталостью.

СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СОБЛЮДЕНИЯ БИОЭТИЧЕСКИХ ПРИНЦИПОВ ВРАЧА

Сластникова Е.С., Гаряева А.Ф., Шакирова Д.К.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководители - к.м.н., доц. Шакирова Л.З., д.м.н., проф. Абросимова М.Ю.**

На основании социологического исследования, проведенного методом экспертного интервью со специалистами-медиками весной 2012 года, были выделены социальные группы, в которых, по мнению опрошенных, чаще всего происходит нарушение биоэтических правил поведения и принципов.

Респондентами отмечается, что нарушение биоэтических принципов зачастую может носить характер дискриминации пациентов со стороны медицинского персонала, то есть создавать ситуации, когда на протяжении времени именно та или иная группа постоянно сталкивается с ущемлением своих прав на получение достойной медицинской помощи.

В своих интервью врачи называют определенные группы населения, которые, по их мнению, ущемляются в правах или сталкиваются с не должным поведением со стороны работников института здравоохранения. Так, специалистами отмечаются следующие группы населения: пациенты с заболеваниями крови, онкологические больные, инвалиды, льготные группы населения, дети, психические больные, а также «женщины-алкоголички». А наиболее незащищенными в данном отношении являются инвалиды, "льготники" и дети.

В качестве причин дискриминации именно в этих группах медиками отмечается недостаточность знаний о своих правах у пациентов, с одной стороны, а с другой - невозможность отстаивания своих прав в случае дискриминации, поскольку зачастую «нет доказательств фактов этого явления». Другой важной причиной таких ситуаций в российском здравоохранении является то, что в больницах и поликлиниках страны ощущается недостаток не только лекарственных средств для оказания помощи пациентам, но и острая нехватка оборудования для различных обследований и непосредственного лечения. Такое положение вещей оказывает существенное влияние не только на биоэтические вопросы, столь актуальные сегодня, но и на здоровье всей нации в целом. Поэтому процесс модернизации здравоохранения, по нашему мнению, должен включать в себя не только улучшение материально-технического обеспечения, но и решение биоэтических проблем.

ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ И ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ КГМУ К БАЛЛЬНО-РЕЙТИНГОВОЙ СИСТЕМЕ И ОЦЕНКЕ ЗНАНИЙ В ХОДЕ МОДУЛЕЙ, ЗАЧЕТОВ И ЭКЗАМЕНОВ

**Борисов Д.В., Губаева Д.Н., Хисматуллин Р.Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.и.н., доц. Петрова Р.Г.**

В настоящее время во многих высших учебных заведениях нашей страны вводится балльно-рейтинговая система оценки успеваемости студентов. В КГМУ балльно-рейтинговая система была официально введена на всех кафедрах в 2010 году в соответствии с положением «О рейтинговой системе оценки успеваемости студентов Казанского государственного медицинского университета». Это нововведение вызвало неоднозначную реакцию среди студентов и преподавателей. Одной из задач рейтинговой системы является повышение объективности выставляемых оценок (согласно упомянутому выше положению). Однако, часть студентов считает, что выполнение этой задачи еще далеко от своего завершения. Именно поэтому мы полагаем, что эта тема на сегодняшний день является актуальной.

Объект исследования: студенты и преподаватели КГМУ.

Предмет исследования: отношение студентов и преподавателей КГМУ к балльно-рейтинговой системе и оценке знаний в ходе модулей, зачетов и экзаменов.

Цели исследования: определить отношение студентов и преподавателей КГМУ к балльно-рейтинговой системе, а также ее влияние на успеваемость, посещаемость занятий и образ жизни студентов КГМУ, определить подход преподавателей разных кафедр КГМУ к оценке знаний студентов в ходе модулей, зачетов и экзаменов.

Результаты исследования показали, что положительно относятся к балльно-рейтинговой системе в основной своей массе студенты с низкой успеваемостью (76,5% троечников сказали системе да), в то время как 61,5% опрошенных отличников относятся к ней отрицательно. Система эта не всегда объективна вследствие различного подхода преподавателей к оценке знаний студентов в ходе модулей, зачетов и экзаменов (оценки 45% опрошенных преподавателей не соответствуют положению «О рейтинговой системе оценки успеваемости студентов КГМУ»). Но в то же время балльно-рейтинговая система увеличивает посещаемость, заставляя студентов ходить на занятия и не пропускать их без уважительной причины (63,3% опрошенных). Каждый третий студент считает балльно-рейтинговую несправедливой, так как преподаватели имеют личное мнение по поводу оценки знаний. Интервьюирование преподавателей показало неготовность многих из них к переходу к более прозрачной системе оценки знаний в рамках балльно-рейтинговой системы, что вызывает конфликтную ситуацию «преподаватель-студент».

МЕДИКАЛИЗАЦИЯ ПРОБЛЕМЫ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО МАТЕРИНСТВА

**Сироткина Е.С.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.и.н., доц. Петрова Р.Г.**

Феномену несовершеннолетнего материнства в отечественной науке стали уделять внимание в 90-х гг.

В психологии, социологии, педагогике и медицине по теме раннего материнства было защищено более десятка диссертационных работ (Т.В. Бердникова, 1999; В.П. Гончарова, 2002 и др.).

К сожалению, в России социологических исследованиях данный вопрос представлен недостаточно. Несовершеннолетнее материнство принято рассматривать в медицинском дискурсе.

С целью изучения причин медиализации проблемы несовершеннолетнего материнства было проведено социологическое исследование.

В 2009-2012 гг. был проведен экспертный опрос специалистов образовательных учреждений и государственных социальных учреждений в городах Бор, Нижний Новгород, Санкт-Петербург. Общий объем выборки 15 интервью, применен квотный (стратифицированный) отбор экспертов по месту работы (школы, центры помощи семьи и детям). Были проанализированы всероссийские статистические сборники и ежегодники, данные Министерства здравоохранения Нижегородской области по количеству родов и абортс среди несовершеннолетних (за 2002 – 2011 гг.).

В России за 2008 г. в возрастной группе матерей до 17 лет – 32023 родившихся живыми, за 2009 г. – 28251 младенец (Демографический ежегодник, 2010). С 2005 года число рождений несовершеннолетними матерями незначительно снижается, но скорее всего, это связано с общей тенденцией снижения рождаемости и ростом количества абортс в данной возрастной категории.

Анализ региональной статистики (Нижегородская область) показал, что данные недостоверны, отчетность по количеству рождений среди несовершеннолетних не ведется. Проблеме роста количества несовершеннолетних матерей не придается большого значения. Кроме того, данные официальной статистической отчетности не включают абортс в этой возрастной группе, проведенные в частных клиниках.

Специалисты в учреждениях (больницы, роддома) здравоохранения владеют статистикой по количеству беременностей и рождений среди несовершеннолетних. Статистические данные медики используют для своих исследований этого феномена, отчетности. Отсутствует межведомственное взаимодействие по оказанию социальной помощи данным клиентам.

СОЦИАЛЬНОЕ КОНСТРУИРОВАНИЕ ДИАГНОЗА

Сафиуллина А.А., Гайнуллина Г.Р., Жидяевский А.Г.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.соц.н., ст. преп. Халиуллина Л.И.

В медицинской социологии существует два подхода к постановке диагноза и заболеванию в целом: объективистский, который предполагает, что болезнь есть нечто объективное, выявляемое при помощи исключительно научных методов, и конструкционистский, полагающий, что болезнь есть объект социального конструирования. Соответственно, на постановку диагноза влияют социальные факторы, не всегда имеющие отношение к объективным процедурам.

Цель нашего исследования: выявить основные факторы, которые влияют на постановку диагноза.

Методы:

- 1) анкетирование;
- 2) интервьюирование.

Выборка: практикующие медицинские работники разных специализаций.

В результате исследования были выявлены следующие факторы, влияющие на постановку диагноза:

1. Доктора предпочитают для своей работы неэнергозатратные способы постановки диагноза. Зачастую врачи ограничивают свою работу только специализацией, по которой они работают, предпочитая по неясным вопросам направлять к другим специалистам даже в случаях, когда они сами обладают достаточной компетенцией. Респонденты объясняли этот феномен либо нехваткой времени, либо регламентом, либо ленью.

2. На постановку диагноза зачастую оказывают влияние религиозные убеждения/предубеждения врачей, в особенности это касается врачей, специализирующихся на терапевтической работе. А врачи-психиатры, к примеру, в большинстве случаев относятся к атеистам.

3. На постановку диагноза влияют личностные характеристики докторов.

4. На постановку диагноза влияет настроение доктора на момент осмотра пациента. Врачи признаются, что плохое настроение затрудняет общение с пациентами и может исказить картину заболевания.

5. На постановку диагноза влияют отношения, которые складываются между врачом и (потенциальным) пациентом. Значительную роль при этом играет поведение самого пациента, агрессивия, проявляемая в отношении врача и уверенность в правоте «самодиагноза» (который зачастую почерпнут из Интернета).

6. При постановке диагноза значительную роль играет и интуиция, особенно у врачей с большим стажем, при этом молодые доктора зачастую более внимательно относятся к пациентам и следуют всем правилам проведения осмотра.

Вывод: на правильность и достоверность поставленного диагноза влияет совокупность объективных и субъективных факторов.

КАЗАНЬ: ОПЫТ ГОРОДСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Папазян Д. Г.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.соц.н., ст. преп. Халиуллина Л.И.

Ряд авторов, связанных с университетом Чикаго в период 1920-1940 годов, особенно Р. Парк, Э. Берджесс и Л. Уэрт, развивали идеи, которые на долгие годы стали основой теории и практики исследований социологии городов. Характерной чертой этого направления являлось то, что теоретическая часть представляла собой эмпирическое обобщение: были выявлены общие закономерности в результатах эмпирических исследований.

Однако любая научная теория должна иметь не только хорошую объяснительную (в идеале – предсказательную способность), но и пределы применимости.

Цель исследования: на примере г. Казань продемонстрировать ограниченность применимости концепции урбанистической экологии Р. Парка.

Методами исследования являлись: анализ документов, неструктурированное наблюдение.

Город по Р.Парку – упорядоченная совокупность зон, каждая из которых имеет свою специфику и функцию. В городе действуют скорее не обычаи, но рациональный выбор, при этом структура городской жизни предполагает, что так называемые «естественные» барьеры-институты (наследственные, традиционные) рушатся.

Однако на примере Казани видно, что это не вполне так. Действительно, физическое пространство города структурируется функциональными правилами (социальными фактами в широком смысле – дорогами, дорожными указателями, неформальными правилами, эффективно координирующими действия людей).

Однако можно заметить, что традиционные структуры все еще сохраняют свой смысл. Город не просто структурирован – он сегрегирован. Не существует единых правил для всех категорий граждан. Одни агенты городской жизни располагаются как бы над правилами, могут легитимно нарушать их (и это аналог традиционного «way, way, way»), другие же действуют действительно так, как описывал Р. Парк. В результате город предстает перед нами как структура, в которой выделены островки опасности (вместо привычных нашему слуху «островков безопасности») для рядовых агентов и пространство безопасности для агентов иной категории, которым практически всегда «зеленый свет».

Таким образом, можно сделать вывод, что, вполне в соответствии с тезисом Э. Гидденса, город – это не только структурированная структура, но и структурирующая структура – здесь на поле вместе играют как агенты, так и институты (причем как современного, так и традиционного образца).

ФЕМИНИСТСКИЙ ДИСКУРС В РАБОТАХ В. ВУЛФ

Фахретдинова Л.М.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.соц.н., доц. Ясавеев И.Г.

Цель данного исследования состоит в том, чтобы выявить основные феминистские мотивы в публицистических и художественных сочинениях Вирджиния Вулф. Для этого был применен метод традиционного анализа документов, в качестве анализируемых текстов использовались произведения Вулф.

В. Вулф справедливо считается одним из классиков феминистской теории. Основными ее публицистическими произведениями, посвященными вопросам женской эмансипации, являются эссе «Своя комната» и «Три гиней». Также данные идеи находили художественное осмысление, к примеру, в романах «На маяк» и «Орландо».

Вулф придерживалась умеренных взглядов по вопросам женского равноправия, в отличие от многих современниц, испытывавших влияние радикальных идей М. Уоллстоункрафт, что заставляет ряд современных исследователей трактовать ее позицию как консервативную. Но, по целому ряду вопросов точка зрения Вулф, несмотря на известную противоречивость, является новаторской, также она носит отпечаток популярного среди богемы ее времени психоанализа. В частности, это относится к высказываемой ею идее об андрогинности человеческой природы: «Как ни разнится один пол от другого – они пересекаются. В каждом человеке есть колебание от одного к другому полу, и часто лишь одежда хранит мужское или женское обличье, тогда как внутри идет совсем другая жизнь».

В своих сочинениях Вулф не декларирует радикальные трансформации социального строя, не отбрасывает полностью традиционный дискурс Женщины как «Гения Домашнего Очага», однако отстаивает необходимость предоставления Ей равных с мужчинами условий в табуированной до этого сфере публичных социальных контактов. Вулф указывает на иррациональность патриархального гендерного дискурса. Она утверждает, что вытеснение женщины из сферы активных взаимодействий выступает средством конкурентной борьбы, но также и основанием для психологической компенсации издержек данной конкуренции: «...все эти века женщина служила мужчине зеркалом, способным вдвое увеличивать его фигуру. Без такой волшебной силы земля, наверное, и по сей день оставалась бы джунглями. Мир так никогда бы и не узнал триумфов бесчисленных наших войн. ...Некого было бы короновать и обезглавливать... Потому Наполеон и Муссолини и настаивают на низшем происхождении женщины: ведь, если ее не принижать, она перестает увеличивать».

Работы Вирджинии Вулф, посвященные феминистской проблематике, не изучены в полной мере. Гендерный дискурс, имеющий несомненную гуманистическую ценность, определенно лишь обогатится благодаря глубокому теоретическому осмыслению работ одного из самых оригинальных мастеров слова в мировой литературе.

ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ ИНТЕРНЕТ-КОММУНИКАЦИЙ УЧАСТНИКОВ СОЦ. СЕТИ «ВКОНТАКТЕ»

Заляев А.Р.

**Казанский государственный медицинский университет
Научный руководитель – к.и.н. Р.Г. Петрова**

Цель исследования: выявление гендерных стереотипов, гендерной идентичности участников соц. сети «ВКонтакте», а также выявление специфических гендерных особенностей коммуникации в Интернет-среде. В рамках поставленной цели предпринята попытка решения следующих задач: гендерный анализ проблемы коммуникации в Интернет-среде в их гендерном аспекте; эмпирическое исследование гендерных стереотипов у мужчин и женщин, гендерной идентичности и самовыражения участников соц. сети «ВКонтакте»; эмпирическое исследование коммуникативных особенностей общения женщин и мужчин в соц. сети «ВКонтакте».

Гендерные аспекты интернет-коммуникаций, стереотипизации и идентичности рассматривались в следующих предметных полях: визуальному анализу аватарок персональных страниц участников соц. сети «ВКонтакте»; визуальные, графические сообщения на стене участника или в группах; анализ текстов и сообщений личной переписки участников соц. сети. Были проанализированы и поддались наблюдению 379 персональных страниц, из них 203 – женского пола и 176 – мужского пола, также в анализе участвовали сообщения пользователей группы «Казань – социальная группа»; возраст участников 17-45 лет.

В результате проведенного исследования были выявлены следующие особенности гендерных стереотипов мужчин (демонстрация финансового благополучия, образ «успешного бизнесмена в пиджаке», демонстрация личного а/м, демонстрация своих увлечений, а также демонстрация профессиональной деятельности). Женщинам же свойственен показ инструментальной и экспрессивной роли (семейного благополучия, демонстрация образа реализовавшейся матери и любимой жены, дорогой брендовой одежды, «скрытая» демонстрация сексуального тела). Также были уточнены и дополнены коммуникационные характеристики сообщений и текстов участников соц. сети. Например: жечь, запариться, пазитиф, братан, закинуть, хаза, лавз, бабло, щемиться. парить, ништяк – эти слова более сниженного стиля и присуще в основном мужчинам. А такие слова как: круто, нафиг, замотаться, фотка, мило, доставать, шикарно, гламурненько – нейтрального стиля и присущи в основном женщинам.

СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА, СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА, СОЦИАЛЬНОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ

БЛАГОТВОРИТЕЛЬНАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С РЕДКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ (НА МАТЕРИАЛАХ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН)

Латыпова А.А.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.соц.н., доц. Тимуца О.В.**

Общее количество выявленных пациентов, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями, проживающих только в Республике Татарстан – 478 человек. В России насчитывают от 300 тыс. до 5 млн. пациентов с редкими заболеваниями. Количество таких пациентов год от года растет, как в целом по Российской Федерации, так и в Республике Татарстан. Согласно федеральному закону «Об охране здоровья граждан Российской Федерации» редкие заболевания трактуются как заболевания, которые имеют распространенность не более 10 случаев заболевания на 100 тысяч населения.

В мире не существует единого, широко принимаемого определения редких заболеваний. Некоторые определения полагаются на количество людей, живущих с заболеванием, другие могут включать иные факторы, например, доступность лечения болезни или возможность облегчения ее течения.

Нами было проведено исследование на основе контент-анализа Интернет-ресурсов социально-ориентируемых НКО, фондов, учреждений социальной сферы и передач в СМИ о детях с редкими заболеваниями и множественными нарушениями. Мы изучили специализированные печатные издания, такие как, журналы «Редкие болезни», «Деньги и благотворительность», «Филантроп», «Открытое сердце».

Важно отметить, что государство обеспечивает предоставление лекарственных средств, которые могли бы поддерживать оптимальное состояние ребенка, но при этом не обеспечивает организацию реабилитационных мероприятий, образования и досуга такого ребенка. Эти мероприятия пытаются организовать благотворительные организации. Социальные проекты, реализуемые благотворительными организациями, в основном направлены на социализацию и интеграцию детей в общество, оказание различных видов услуг, которые либо не доступны для большинства родителей таких детей, либо являются дефицитными в силу не включения их в государственные стандарты.

Проведя исследование, мы пришли к выводу, что имеется достаточно много различных репортажей, статей и информации о благотворительности для детей-инвалидов. Но при этом очень мало статей, репортажей посвященных детям с редкими заболеваниями. Не обсуждаются вопросы реабилитации, образования и интеграции таких людей в общество, в связи с распространенным мнением о том, что такие дети необучаемы.

СОЦИАЛЬНОЕ ПАТРОНИРОВАНИЕ СЕМЕЙ, ПОПАВШИХ В СОЦИАЛЬНО ОПАСНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ

Хазиева М.М.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – ст.преп. Утеева Э.Н.

Статистика свидетельствует, что за последние годы в Российской Федерации наблюдается рост количества семей, попадающих в социально опасное положение, среди них нередко встречаются и многодетные семьи. На это повлияли объективные факторы, в частности низкий уровень жизни, «хроническая» безработица, злоупотребление спиртными напитками, употребление наркотических средств. Вступив на такой путь, семья деградирует в социальном и моральном плане, обрекая на такое же существование и детей. Не удивительно, что дети уходят из дома, большую часть времени проводят на улице, тем самым пополняют асоциальные группы.

Выявлением семей, попавших в социально опасное положение, занимается отделение социальной помощи семье и детям (ОСПСиД). Деятельность ОСПСиД направлена на социальное обслуживание граждан, защиту и помощь семьям, находящимся в социально опасном положении; содействие стабильности таких семей, как социального института. Целью данного отделения является содействие в улучшении социального и материального положения, психологического статуса семьи. Основное направление отделения социальной помощи семье и детям – разработка и реализация социальных программ по совершенствованию социального обслуживания населения: по профилактике негативных явлений; социальной реабилитации семей и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, их социальной адаптации к новым социально-экономическим условиям.

Таким образом, социальный патронаж способствует изучению и прояснению ситуации с учетом социального и психологического состояния клиента при использовании средств, снижающих уровень тревоги и предоставляющих эмоциональную поддержку, а также направлен на оказание конкретной помощи по ликвидации кризисной или критической ситуации, сложившейся в семье и на стабилизацию благоприятных тенденций.

ТРУДОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ДОМА-ИНТЕРНАТА

Казанский государственный медицинский университет

Ганиева Г.А.

Руководитель - ст.преп. Утеева Э.Н.

Актуальность проблемы определена тем, что в Республике Татарстан доля граждан пожилого возраста составляет свыше 774,6 тыс. (20,6% от общей численности населения). Практика работы в стационарах по обслуживанию пожилых граждан или инвалидов показала, что социальное обслуживание в стационаре – это один из основных видов социальной работы, причем наиболее действенный.

Цель исследования – изучение технологии трудовой реабилитации в стационарных учреждениях для граждан пожилого возраста (на примере ГАУСО «Лесхозский дом-интернат для престарелых и инвалидов» МТЗ СЗ РТ Сабинского района).

Трудотерапия – один из методов медицинской реабилитации больных, престарелых и инвалидов, целью которой является восстановление и развитие нарушенных функций, формирование компенсаторных навыков по самообслуживанию, ведение домашнего хозяйства, рукоделия, выполнение трудовых операций.

В «Лесхозском доме-интернате для престарелых и инвалидов» для граждан пожилого возраста нами было проведено интервью с целью усовершенствования трудовой реабилитации.

Результаты проведенного интервьюирования: пожилые удовлетворены уровнем обслуживания в Доме-интернате, в целом их все устраивает. Обслуживающий персонал относится к проживающим людям с уважением и пониманием их проблем. 60% респондентов довольны процессом трудовой реабилитации. 40% респондентов предъявили желание расширить виды работ по трудовой реабилитации, а именно открыть при интернате мини-мастерские по швейному делу и по столярному.

На основе проведенного исследования мы рекомендовали:

1. Дому-интернату открыть в рамках трудовой реабилитации мини-мастерскую по швейному делу. Открытие мини-мастерского не требует больших затрат, достаточно будет приобрести 3–5 швейных машин. Для приобретения швейных машин нужно привлечь спонсоров, возможно и другие варианты. Например, использование личных швейных машинок.

2. Дому-интернату открыть мини-мастерскую по столярному делу.

Таким образом, в результате проведения трудотерапии в Доме-интернате снижается общая и ситуационная тревога, возникают положительные эмоции, улучшается настроение, происходит оздоровление социально-психологического климата, снижается количество конфликтных ситуаций.

АНАЛИЗ ПРОЦЕССА ОРГАНИЗАЦИИ АКЦИЙ НАПРАВЛЕННЫХ НА ОРГАНИЗАЦИЮ ХОСПИСА ДЛЯ ОНКОБОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ В ГОРОДЕ КАЗАНИ

Габидуллина М.Ш.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – ст.преп. Морозова О.Н.**

С 1 июля 2011 года, вследствие подписания 3-х стороннего соглашения между Министерством здравоохранения РТ, Благотворительным фондом Анжелы Вавиловой и Казанским государственным медицинским университетом, в Казани была организована первая выездная амбулаторная хосписная служба по обслуживанию на дому детей с хроническими прогрессирующими заболеваниями.

В реализации данного проекта принимают активное участие волонтеры, на сегодняшний день их там 9. В течении недели они 3 раза посещают больных детей вместе с медицинским персоналом. В штате работает психотерапевт, который проводит тренинги с родственниками больных, а также, чтобы не допустить профессионального выгорания, работает и с сотрудниками казанского хосписа.

Целью данного исследования является анализ процесса организации акций направленных на организацию хосписа для онкобольных детей в городе Казани.

Волонтерство студентов медицинского университета будет заключаться в оказании различных видов помощи, работ, необходимых для функционирования детского хосписа и реализации выездных мероприятий. В реализации проекта принимают участие сотни студентов КГМУ. Для этого вузом приняты необходимые меры

После подписания договора волонтеры КГМУ совместно с другими добровольцами начали организацию и реализацию благотворительного аукциона «Подари надежду детям!», основной целью которого стал сбор средств на строительство детского хосписа и на помощь больным детям.

В заключении хотелось бы сказать, что организация волонтерской деятельности молодежи позволит решать проблемы вовлечения молодежи в социально ответственную деятельность, повысить социальную активность молодежи. А реальная помощь, которую они оказывают, безусловно, является очень нужной и полезной, как для самой молодежи, так и для общества в целом. Ведь проблема онкобольных детей – это прежде всего проблема будущего общества.

ТЕХНОЛОГИИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ МНОГОДЕТНЫМ СЕМЬЯМ

Васильева О.А.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – ст.преп. Морозова О.Н.**

Сталкиваясь с многочисленными материальными, жилищными, медико-социальными, бытовыми, воспитательно-образовательными проблемами, многодетные семьи относятся к числу основных объектов социальной работы. Социальная помощь занимает существенное значение в системе технологий социальной работы с многодетными семьями. Повышение уровня жизни многодетных семей требует целенаправленных, скоординированных усилий государственных и общественных институтов. Защита и охрана многодетной семьи, модернизация ее модели выступает одной из главных задач всех социальных институтов, причастных к этому процессу.

Для стабилизации и устойчивого развития многодетных семей государство предпринимает определенные меры, однако все еще нет четкой системы их социальной поддержки. Для успешного решения возникающих проблем необходимы совместные усилия специалистов в различных областях деятельности, в том числе, профессиональных социальных работников, владеющих различными технологиями решения социальных проблем.

Стала очевидной необходимость комплексного рассмотрения возможностей для поддержки стратегических задач семьи, включая возможности для предоставления многодетным семьям бесплатных земельных участков из государственного и муниципального земельного фонда для индивидуального жилищного строительства, для дачного строительства, для ведения крестьянского (фермерского) хозяйства, садоводства, огородничества или животноводства.

Цель исследования: изучить технологию предоставления земельных участков многодетным семьям.

Изучив положение многодетных семей в современном мире, можно отметить, что, как правило, эти семьи являются экономически неблагополучными, особенно в тех случаях, когда родители нетрудоспособные или безработные, низкая заработная плата родителей, в семье физически или психически больные дети, лечение которых требует финансовых затрат. Чаще всего такие семьи имеют плохие материально-жилищные условия.

Подводя итоги, можно сказать, что, несмотря на существование проблем, как с выдачей земельных участков, так и с коммуникациями на них, эта технология достаточно востребована, что позволяет семьям улучшить свои жилищные условия. Подобные технологии также решают демографическую проблему государства, а также способствуют увеличению численности многодетных семей.

ТЕХНОЛОГИЯ ОКАЗАНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НА ДОМУ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Останина Е.А.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – ст.преп. Утеева Э.Н.**

Актуальность исследуемой проблемы заключается в том, что в современном мире растет доля людей пожилого возраста в населении большинства стран. Процесс старения населения как общемировая тенденция ставит с той или иной степенью остроты перед всеми государствами проблему социального обеспечения граждан пожилого возраста. В связи с этим возникает необходимость в развитии структур, которые обеспечат удовлетворение потребностей этой общественной группы.

Надомное социальное обслуживание, как одна из форм социального обслуживания, закрепило свои позиции в области социальной помощи и поддержке населения среди пожилых граждан, нуждающихся в посторонней помощи ввиду различных причин, утративших способность самостоятельно решать свои проблемы и выполнять повседневную деятельность. Предоставление социальных услуг на дому осуществляется отделением надомного социального обслуживания, являющегося структурным подразделением Центра социального обслуживания населения. Социальные услуги предоставляются в соответствии с гарантированным государством перечнем социальных услуг и сверх гарантированных социальных услуг исходя из потребностей граждан пожилого возраста.

Результаты проведенного исследования показали, что надомное социальное обслуживание востребовано со стороны клиентов Центров социального обслуживания населения и является необходимой формой социального обслуживания. Но платность социальных услуг остается основной причиной отказа от социальных услуг. Поэтому регулирование уровня оплаты за оказываемые социальные услуги довольно щепетильный вопрос, который требует всестороннего обсуждения и правового регулирования на самом высоком уровне.

ТРУДОУСТРОЙСТВО, КАК ВАЖНЕЙШИЙ ЭЛЕМЕНТ СОЦИАЛИЗАЦИИ ИНВАЛИДОВ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Леонтьева Т.В.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – ст.преп. Морозова О.Н.

Проблемы социализации инвалидов через профессиональное становление в условиях современной России относятся к числу актуальных. Это объясняется увеличением количества инвалидов, а также наметившимся во всем мире мощным процессом гуманизации общественных отношений.

Особенно важен потенциал молодых инвалидов в современном обществе, где происходит стабильное сокращение трудоспособного населения, а число инвалидов растет.

Цель работы – проанализировать организацию трудоустройства, как важнейшего элемента социализации инвалидов в Республике Татарстан.

По результатам исследования мы выявили перечень проблем, связанных с трудоустройством инвалидов:

1. Работодателю выгоднее заплатить административный штраф за отказ в приеме на работу инвалида в рамках установленной квоты, нежели адаптировать рабочее место и нанять инвалида на работу.

2. Ответственность работодателя за невыполнение установленной квоты нигде не прописана. Единственная статья, касающаяся этого вопроса – это статья 19.7 КоАП РФ, согласно которой работодателю грозит предупреждение или административный штраф.

3. Низкая конкурентоспособность на рынке труда;

4. Физиологические ограничения инвалидов, связанные с проблемами здоровья инвалидов;

5. Стереотипное мышление работодателей в отношении инвалидов;

6. Отсутствие достаточного количества рабочих мест для трудоустройства инвалидов;

7. Отсутствие у работодателей экономической заинтересованности в использовании труда данной категории граждан;

8. Нежелание самих инвалидов работать;

9. Недостаточный уровень, несоответствие образования и квалификации инвалидов уровню необходимому работодателю.

Результаты исследования подтверждают необходимость совершенствования управления занятостью инвалидов с целью их рационального трудоустройства. На сегодняшний день однозначно требуются экономические шаги в приеме инвалидов на работу. Новый взгляд на занятость инвалидов должен заключаться в обращении к социально-экономической стороне вопроса использования рабочей силы инвалидов как новой рабочей силы и эффективности их занятости с позиции получения взаимной выгоды государства, работодателя и инвалида, достигаемой путем рационализации рабочего места и социализации инвалида. Не только инвалиды нуждаются в помощи государства, но и государство заинтересованно в помощи инвалидов.

АДАПТАЦИЯ МОЛОДЕЖИ В СОВРЕМЕННЫХ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ

Мишустина М.А.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – ст.преп. Морозова О.Н.

Целью настоящего исследования является анализ особенностей адаптации молодежи в современных социальных условиях в практике социальной работы. Актуальность темы исследования заключается в том, что совершенствование механизмов социального управления в рамках осуществляемой молодежной политики во многом предопределяется социальным фоном, на котором происходит становление современной молодежи. Анализ ряда социологических данных показывает, что сегодня для российской молодежи необходим целый ряд нравственных качеств, без которых со всей очевидностью невозможно осуществить успешную социальную адаптацию. Среди них можно отметить: трудолюбие, предприимчивость, активность, удачливость. Вместе с тем нельзя не учитывать духовно-нравственный кризис в сознании и поведении современной молодежи. Этот кризис связан в первую очередь с невосприимчивостью ее значительной части к требованиям современного социума, с предпочтением упрощенных и не всегда моральных способов достижения жизненных целей. Если учесть, что к числу главных таких целей относится достижение материального благополучия, то стремление добиться его любыми средствами обрекает молодых на нравственную деградацию, безучастность к происходящему в семье, рабочей группе и т. д. В глазах молодежи происходит девальвация социальной ценности образования, трудовой деятельности. Как показал проведенный нами анализ, социальная адаптация зависит от ряда как субъективных, так и объективных обстоятельств. Субъективные обстоятельства зависят от личностных особенностей, наличия на местном уровне работы, ориентированной на упрочнение социальных позиций молодежи, заботы социальных партнеров о нуждах молодежи, вливающейся в новую социальную общность. Объективные обстоятельства зависят от наличия в обществе необходимых социально-экономических условий, степени сформированности необходимой институциональной и нормативно-правовой базы ориентированной на потребности молодежи. В целом, социальная адаптация молодежи достаточно сложный социальный процесс, который связан с освоением личностью молодого человека новой социальной реальности, в которой личность и социальная среда оказывают активное воздействие друг на друга.

РОЛЬ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ БЕЗРАБОТНЫХ ГРАЖДАН

Кулькова К.Н.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – ст.преп. Морозова О.Н.

Актуальность темы заключается в том, что проблема занятости населения стала одной из острых социальных проблем, с которыми столкнулось человечество. Безработица несет с собой множество социальных проблем, с которыми безработный не в состоянии справиться один.

Вывод человека из кризисной ситуации, его достойная жизнь в обществе лежит в основе социальной работы, поэтому в первую очередь необходимо адаптировать безработного к новым и сложным жизненным условиям. Социальный работник выступает как посредник между государством и человеком. Обратной реакцией человека, который не получает гарантий в области занятости, является отчуждение, асоциальное поведение, кризис. При таком взаимодействии страдают обе стороны: и человек и государство. Социальный работник на основе знания социальных закономерностей адаптирует интересы государства и человека.

Помощь социального работника может быть направлена непосредственно на защиту прав и интересов безработного, улучшение условий жизни, снятие стрессов, может быть оказана через социальное окружение и т.д. Также социальный работник предоставляет консультацию о наличии вакантных мест, о возможности переобучения. На этом этапе может выясниться, что клиент нуждается в психологической поддержке.

Безработица очень сильно деструктивно влияет на важный социальный институт – семью. Это приводит к снижению ее жизненного уровня и невыполнению основных функций. Для вывода из кризиса безработных и их семей специалист определяет проблемы, направляет людей, находящихся в стрессовой ситуации, в службу психологической помощи. Необходимый аспект деятельности социального работника – это проведение предупредительных мероприятий. Одним из таких мероприятий является просветительская деятельность социального работника в школе, деятельность направлена на информирование о спросе на профессии, подготовке выпускников школ к осознанному выбору профессии.

Таким образом, для эффективного включения безработного в трудовую деятельность необходим механизм, который включает в себя проведение активной политики службами занятости, также применении конкретных мер обеспечения занятости, способные восстановить безработному веру в свои силы, вернуть к активной трудовой деятельности, а так же к плодотворному сотрудничеству с людьми и полноценной реализации себя в обществе.

ТЕХНОЛОГИИ ФАНДРАЙЗИНГА В РАБОТЕ НЕКОММЕРЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ г. КАЗАНИ

Карнаухова Е.С.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.э.н., доц. Максимова М.Н.**

Актуальность темы работы обусловлена достаточно высокой значимостью различных технологий фандрайзинга в работе некоммерческих организаций (НКО) г. Казани.

Нами были проанализированы технологии фандрайзинга, применяемые Благотворительным фондом «АК БАРС СОЗИДАНИЕ», ОБЩЕСТВЕННЫМ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫМ ФОНДОМ ПОМОЩИ ДЕТЯМ БОЛЬНЫМ ЛЕЙКЕМИЕЙ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН имени АНЖЕЛЫ ВАВИЛОВОЙ: акции по сбору частных пожертвований; ящики накопителя для сбора пожертвований; партнерские проекты; Советы Фонда; привлечение СМИ; адресная работа с коммерческими структурами; квитанции через банк; система электронных платежей через терминалы и банкоматы; отчисления из заработной платы.

За период 2009–2012 гг., используя данные технологии Благотворительным фондом «АК БАРС СОЗИДАНИЕ» было привлечено 258 088 375,57 млн. рублей. На эти средства была оказана помощь 74 детям и 8 социальным учреждениям – благополучателям («Казанская общеобразовательная школа-интернат I и II вида им. Е.Г. Ласточкиной» в приобретении специализированной учебной литературы и звукоусиливающей аппаратуры «Верботон ВТ42», ГУЗ «Республиканский дом ребенка специализированный» для приобретения воздухоочистителя и медикаментов).

За 2009–2012 гг. ОБЩЕСТВЕННЫМ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫМ ФОНДОМ имени АНЖЕЛЫ ВАВИЛОВОЙ было привлечено 18 499 124 млн. рублей. Помощь была оказана более 90 детям, больными лейкемией. Из этой суммы пожертвований, осуществляемых при помощи системы электронных платежей Яндекс Деньги, терминалы «Т.Оп», «КамПэй» и «Акибанк» было собрано 14171198,19 рублей для строительства Первого Детского Хосписа в РТ.

Итак, на этих примерах мы убедились, что технологии фандрайзинга широко применяются для реализации проектов и программ некоммерческих организаций г. Казани.

ТЕХНОЛОГИЯ ОБУЧЕНИЯ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В УНИВЕРСИТЕТЕ ТРЕТЬЕГО ВОЗРАСТА РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН

Кузнецова Ю. Д.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – ст. преп. Утеева Э.Н.**

Университет третьего возраста – это новая формы работы с пожилыми людьми, включающая в себя организацию просветительских и учебных курсов, творческих мастерских, курсовое обучение по различным программам.

Главное предназначение Университета – поддержать людей старшего возраста, дать им возможность приобрести знания для адаптации к сложным социально-экономическим реалиям современного российского общества.

Деятельность Университета третьего возраста в Республике Татарстан предусматривает:

- обучение пожилых людей и на этой основе повышение их социальной комфортности в современном быстро изменяющемся обществе;
- формирование и развитие среды общения;
- содействие улучшению здоровья и физической активности.

В Университет зачисляются граждане пенсионного возраста (женщины старше 55 лет, мужчины старше 60 лет) и инвалиды старше 18 лет на основании личного письменного заявления слушателя с указанием наименования факультета, выбранного им для овладения соответствующими знаниями, умениями и навыками. Обучение пенсионеров проводится бесплатно, в основном на волонтерской основе или с частичной оплатой. Университет объединяет в себе 12 учебных программ.

На основе проведенного исследования, можно сделать вывод, что все из опрошенных слушателей Университета третьего возраста очень довольны его деятельностью. Отмечается желание обучаться одновременно на нескольких учебных курсах. Обучение помогает слушателям включиться в общество, получить новые знания и обрести новых друзей.

АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ СКРЫТОГО СУБТИТРИРОВАНИЯ ТЕЛЕВИЗИОННЫХ ПРОГРАММ ОБЩЕРОССИЙСКИХ ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ ОБЩЕДОСТУПНЫХ ТЕЛЕКАНАЛОВ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ «ДОСТУПНАЯ СРЕДА» НА 2011–2015 Г.

Александрова Ю.О.
Казанский государственный медицинский университет
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 изучение программы «Доступная среда», способствующая созданию безбарьерной среды для людей с ограничениями слуха и речи. Проблемы доступности городской инфраструктуры, информации, социальных услуг, образования и занятости для людей с ограниченными возможностями становятся фактором воспроизводства социального неравенства и препятствием на пути к независимой жизни.

Сегодня в России насчитывается свыше 13 млн. инвалидов, что составляет около 9,2% населения страны. Реализация программы «Доступная среда» должна способствовать установлению гражданам равных возможностей для развития и реализации жизненных планов, достойного существования и жизнедеятельности. Одним из способов способствующих созданию достойных условий жизни для людей с нарушением слуха является организация скрытого субтитрования телевизионных программ общероссийских обязательных общедоступных телеканалов.

Скрытые субтитры отражают основные интересы и желания людей с нарушением слуха (и речи) вести качественно новый уровень жизни, позволяют повысить доступность информации, приоритетных объектов и услуг, расширить кругозор данной категории населения.

Проанализировав деятельность по организации скрытого субтитрования в работе, были выявлены ряд недостатков, к примеру неосведомленность многих людей, особенно старшего поколения о существовании скрытых субтитров, перспектива наличия грамматических ошибок, по мнению экспертов.

Современные технологии качественно распознают речь, когда диктор четко говорит и отдельно произносит слова. Но чаще всего люди произносят фразы слитно, глотая отдельные буквы или целые окончания слов. Такие фонограммы пока обрабатываются не очень надежно.

Современные компьютерные системы могут делать субтитры в реальном масштабе времени, с задержкой 1–3 секунды. Тексты, которые читают дикторы, должны быть написаны на хорошем литературном языке. Но ни одна из существующих программ не позволяет в реальном времени распознавать русский телеэфир с приемлемой точностью. Лидеры рынка распознавания речи – американские компании Nuance и Google.

СОВРЕМЕННАЯ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОСТЬ: УСЛОВИЯ И ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ (НА МАТЕРИАЛАХ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН)

Муртазина Л.Э.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.соц.н., доц. Тимуца О.В.

Формирование гражданского общества в России, сопровождающееся повышением общественной активности граждан, обуславливает появление новых некоммерческих организаций, в том числе благотворительных фондов, призванных решать многие общественно-значимые проблемы.

Цель исследования – изучить проблемы и условия оказания благотворительной помощи в Республике Татарстан.

Метод исследования – теоретический анализ.

Благотворительная деятельность – это добровольная деятельность граждан и юридических лиц по бескорыстной (безвозмездной или на льготных условиях) передаче гражданам или юридическим лицам имущества, в том числе денежных средств, бескорыстному выполнению работ, предоставлению услуг, оказанию иной поддержки.

На основе теоретического анализа мы выяснили условия, благоприятствующие оказанию благотворительной помощи. Это: налоговые послабления для благотворителей; возможность участвовать в конкурсах (например, «Благотворитель года») и выигрывать различные гранты; наличие общественных советов при министерствах РТ, целью которых является учет потребностей граждан и прав общественных объединений при формировании и реализации социальной политики.

Мы выявили следующие проблемы оказания благотворительной помощи в стране и республике: неэффективное межсекторное взаимодействие; высокая доля участия государства в решении социальных вопросов, как следствие — постоянный рост бюрократического аппарата и неэффективность контроля за рациональностью расходования выделенных средств, инертность государственных структур в определении и решении наиболее приоритетных социальных нужд, низкое обеспечение социальных программ требуемыми ресурсами; бессистемность благотворительной деятельности российского бизнеса; низкая социальная активность населения в проявлении своих прав и обязанностей как граждан социального государства.

Пути решения проблем мы видим в создании площадки по разработке и реализации социальных проектов, в создании сайтов; в развитии новых форм благотворительной деятельности, таких, как краудфандинг и эндаумент; в упрощении процедуры оказания благотворительной помощи, ликвидации бюрократии и переходе на электронные процедуры; в разработке общественных стандартов благотворительной и волонтерской деятельности.

ПРОБЛЕМЫ ДОСТУПНОЙ СРЕДЫ И ВОЗМОЖНОСТИ ЗАНЯТОСТИ ИНВАЛИДОВ

Насибуллина Я.Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – асс. Шагимуратова И.К.

Трудовая деятельность для человека является важным условием полноценной жизнедеятельности. Проблема занятости и трудоустройства инвалидов в современном обществе является актуальной и не менее важной. Такая ситуация создает дополнительную напряженность в обществе, делает «ненужными» огромное количество людей.

В настоящее время в РТ проживают 327868 инвалидов трудоспособного возраста. Из них трудоустроены 62838 инвалидов. Численность трудоустроенных инвалидов в РТ – 37,5%, что превышает показатели РФ (34,9%). Для сравнения: в США из 54 млн. инвалидов трудоустроено 25%, Великобритании из 5 млн. – 40%, Китае из 60 млн. – 80%.

Конституция РФ обеспечивает всем гражданам свободное и равное использование социально-значимых объектов. Лица с ограниченными возможностями не должны быть исключением.

«Доступная» или «безбарьерная» среда – это такие элементы окружающей среды, в которую могут свободно заходить, попадать и которую могут использовать люди с физическими, сенсорными или интеллектуальными нарушениями.

В РТ Постановлением Кабинета Министров РТ № 786 от 22.09.2011 г. утверждена долгосрочная целевая программа «Доступная среда» на 2011–2015 гг.

Цель нашей работы: изучить степень доступности городской среды как проблему при трудоустройстве инвалидов.

Для достижения цели исследования проведено исследование:

- сравнение статистических данных;
- анкетный опрос инвалидов, проживающих в городе Казань;
- оценка степени доступности городской среды для инвалидов г. Казань.

Опираясь на результаты исследований и общую картину жизнедеятельности инвалидов, были сделаны выводы:

- необходимо уменьшение объектов на карте «Казань недоступная».
- формирование заинтересованности работодателя к принятию на работу инвалида, путем формирования толерантного отношения к маломобильным группам населения и непосредственно предоставление рабочего места с учетом особых потребностей инвалида. Для решения данной проблемы создаются специализированные предприятия. В РФ существует около 1,5 тысяч таких предприятий.
- принятие пути аутсорсинга, то есть оптимизация деятельности фирмы за счет передачи некоторых функций внешним специализированным компаниям.

СОЦИАЛЬНЫЙ ПАТРОНАЖ И СОЦИАЛЬНЫЙ ПАТРОНАТ: СХОДСТВА И РАЗЛИЧИЯ

Смирнова А.В.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – ст. преп. Утеева Э.Н.

Социальное обслуживание семьи и детей является довольно емким и сложным направлением в системе социального обслуживания населения. Социальный патронаж и социальный патронат – неотъемлемые способы оказания помощи семьям, находящимся в трудной жизненной ситуации. Не смотря на схожесть этих двух слов, они имеют некоторые различия.

Отличиями социального патронажа от социального патронажа являются: во-первых, отличия в их значении. Социальный патронаж – это система социального сопровождения и оказания необходимой помощи семьям и детям, находящимся в социально опасном положении. Социальный патронаж – систематическое наблюдение за клиентами для своевременного выявления степени их социальной дезадаптации, могущей усугубить трудную жизненную ситуацию, и оказание им при необходимости, социальных услуг.

Во-вторых, социальный патронаж предполагает сопровождение семьи во время всего периода реабилитации, а патронаж – наблюдение за ситуацией, оказание поддержки, чтобы предотвратить ее усугубление.

В-третьих, патронаж может помочь решить конкретную проблему, а патронаж предполагает комплексное решение проблем клиента, т.е. его реабилитацию.

В-четвертых, цель патронажа – создание условий, при которых клиент со временем может самостоятельно справиться со своими проблемами и жизненными трудностями; цель патронажа – оказание непосредственной помощи людям, которые испытывают кризис и неблагополучие и долгое время не могут самостоятельно решить свои проблемы.

В-пятых, социальный патронаж не может грамотно осуществляться без патронажа, а патронаж – может, когда, например, необходимо оказать поддержку семье из группы риска.

Сходство этих двух понятий состоит в том, что они являются формами социального обслуживания. И патронаж, и патронаж предполагают оказание услуг, обязательное определение возможностей и функциональных обязанностей специалистов, использование всей доступной информации, осознанное и добровольное взаимодействие сторон.

Таким образом, социальный патронаж и социальный патронаж, являясь ключевыми технологиями при осуществлении социальной работы с семьей, не смотря на схожесть терминов, отличаются друг от друга. И специалистам, осуществляющим свою деятельность в этой области, необходимо обладать знаниями о специфике этих двух понятий.

СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Марданшина Э. Р

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – ст. преп. Утеева Э.Н.

Проблема социальной адаптации пожилых – проблема приспособленности граждан пожилого возраста к полноценной жизни в обществе приобрела в последнее время особую важность. Это связано с тем, что в новом тысячелетии стали существенно меняться подходы к пожилым людям. У пожилых людей изменяется социальный статус, связанный в связи с прекращением или ограничением трудовой деятельности, изменениями ценностных ориентиров, образа жизни и общения, возникновением затруднений в социально-бытовой, психологической адаптации к новым условиям. Все эти проблемы требуют решения, выработки особых подходов, форм и методов социальной работы с пожилыми людьми.

Важность повседневного внимания к решению социальных проблем этой категории граждан возрастает и в связи с увеличением удельного веса пожилых людей в структуре населения России и во всем мире.

Смысл социальной адаптации – социальная реабилитация, действительное восстановление в привычных обязанностях, функциях, видах деятельности, характере отношений с людьми, превращении пожилого человека из объекта (клиента) в субъект.

СОЦИАЛЬНО ОРИЕНТИРОВАННЫЕ НЕКОММЕРЧЕСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ

Аминова Г.А.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.э.н., доц. Максимова М.Н.**

Принадлежность некоммерческих организаций (НКО) к социально ориентированным некоммерческим организациям складывается из двух оснований: организационно-правовая форма и характер деятельности. Социально ориентированные НКО – это организации, для которых главной целью является достижение социального эффекта; специализация на социальной поддержке и защите граждан, помощи пострадавшим от стихийных бедствий и социальных конфликтов, беженцам и вынужденным переселенцам, подготовке населения к предотвращению несчастных случаев и к преодолению последствий стихийных бедствий, благотворительной юридической помощи, профилактике социально опасного поведения, добровольчестве, образовании, науке, культуре, искусстве, здравоохранении, спорте и т.п.

В соответствии с критериями Федерального закона «О некоммерческих организациях» 14577 (33%) НКО России можно отнести к социально ориентированным. Вместе с тем, постоянно действующих организаций около 6,5 тыс. В реестре НКО Республики Татарстан официально зарегистрировано 271 социально ориентированных НКО. Большая часть зарегистрированных НКО находится в административных центрах регионов, а также в крупных районах и городах. В сельских районах сосредоточены, как правило, местные отделения организаций инвалидов, ветеранов, молодежные, национально-культурные организации, которые, за редким исключением, не имеют статуса юридического лица и осуществляют деятельность без государственной регистрации.

В Республике Татарстан уже накоплен опыт участия НКО в оказании социальных услуг. Основной деятельностью социально ориентированных НКО помимо текущей работы и проведения ежемесячных мероприятий, является организация работы долгосрочных проектов и программ.

Итак, расширение участия НКО в социальной сфере повышает количество оказываемых гражданам социальных услуг, существенно разнообразит их спектр. Вовлечение НКО в систему оказания социальных услуг позволит усилить роль некоммерческого сектора в процессах социальной модернизации и приведет к укреплению гражданского общества в России.

СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

«БЕБИ-БОКСЫ» – СРЕДСТВО ПРОФИЛАКТИКИ ИНФАНТИЦИДА И СПАСЕНИЯ ЖИЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ-ОТКАЗНИКОВ

Михайлова Л.Р.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – асс. Шагмуратова И.К.**

Что необходимо человеку для полноценного развития и счастливой жизни? Любовь, забота, которую он может получить только в семье – родительскую любовь не заменит никто.

Все ли дети получают эту заботу? Почему ребенок умирает, не успев родиться, а иногда и от руки своей матери? Эта проблема – инфантицида – убийства матерями своих новорожденных детей, очень актуальна в современном мире. Доказательством тому является статистика МВД РФ – за 2010–2011 гг.: в стране зарегистрировано 268 убийств новорожденных матерями. Эксперты полагают, что реальных преступлений в разы больше – находят не всех убитых детей.

Согласно Конституции РФ (б,ст. 445) «право каждого человека на жизнь гарантируется в равном объеме независимо от возраста, пола, расы и других обстоятельств». Российская Федерация после 15 сентября 1990 г. является участником Конвенции ООН о правах ребенка, согласно которой ребенок рассматривается как самостоятельная личность, наделенная соответствующими правами, способная в определенной мере к их самостоятельному осуществлению и защите.

Один из путей уменьшения количества убитых детей матерями – установление беби-боксов – специальных контейнеров, куда родительница может положить нежеланного ребенка.

Цель работы – определение необходимости установления беби-боксов в Республике Татарстан и профилактика преступлений матерей против новорожденных детей.

Для определения необходимости установления беби-боксов в Республике Татарстан и профилактики преступлений матерей против новорожденных детей нами проведены исследования: сравнение статистических данных, анкетный опрос граждан, проживающих в городе Казани, интервью с Е. Котовой – руководителем социального проекта «Колыбель Надежды».

Проведенное исследование показало – беби-боксы хоть и не являются решением проблемы инфантицида, но способны существенно сократить количество убитых новорожденных детей матерями. В последствии, таким детям значительно легче обрести новую семью, где он будет нужным, желанным ребенком.

АНАЛИЗ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА «БОЛЬНИЧНЫЙ КЛОУН» В ДЕТСКОЙ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

**Казанский государственный медицинский университет
Габидуллина М.Ш.**

Руководитель- к.э.н., ст.преп. Мелина Е.В.

В Детской республиканской клинической больнице (ДРКБ) с апреля 2011 года работает автономная некоммерческая организация (АНО) «Больничные клоуны». В России клоунада в лечебных учреждениях появилась относительно недавно – всего 9 лет назад. По сути, она является лекарством, которое дает силы ребенку для преодоления болезни. Проект «Больничные клоуны» направлен на оказание помощи детям Республики Татарстан, страдающим тяжелыми заболеваниями и нуждающимся в специальной поддержке и заботе.

Больничная клоунада – это система мер, направленных на интенсивную реабилитацию детей и их родителей, находящихся на стационарном и амбулаторном лечении, посредством клоунады, арттерапии и игротерапии. Цель работы организации заключается в нахождении с ребенком с его согласия, быть его партнером по радости, юмору, смеху, клоунаде, вернуть его в мир детских фантазий, для увеличения мотивации на лечение и выздоровление.

Целью данного исследования является анализ реализации проекта «Больничный клоун» в детской республиканской клинической больницы.

В реализации проекта Больничный клоун в основном принимают участие молодые люди в возрасте от 20 лет (12 человек). Своей работой молодые волонтеры хотят создать фигуру профессионального клоуна, обладающего теоретической базой и практическими навыками работы с детьми, регулярно и системно посещающего отделения больницы, ориентируясь на стандарты больничных клоунов Европейского Союза. Они помогают не лекарствами, а путем создания позитивных эмоций.

На сегодняшний день в отделении онкогематологии находятся 40 детей, с ними работают 12 клоунов. Вся их работа четко структурирована и организована. Три раза в неделю, по 2-3 часа клоуны занимаются с детьми, они оказывают им не только психологическую помощь, а также проводят различные образовательные мероприятия.

Результаты данного исследования показывают, что этот проект является очень действенным и эффективным с точки зрения не только детей и их родителей, но и по мнению медицинского персонала. Дети прибывают в приподнятом настроении, что помогает им легче переносить тяжелые курсы химиотерапии. Они могут отвлечься от своей болезни, почувствовать психологическую разгрузку в предоперационный период и после операции.

СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Марданшина Э. Р

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – ст. преп. Утеева Э.Н.

Пожилые люди – поколение людей старшего возраста, которые обладают не только возрастной уникальностью, опытом жизни, но и самые незащищенные слои населения, имеющие следующие проблемы: неудовлетворительное состояние здоровья, малообеспеченность, одиночество. Установлено, что качество жизни данной категории людей зависит главным образом от социально-экономической защищенности, удовлетворенности людей состоянием своего здоровья и уровня социальной реабилитации. Таким образом, под социальной реабилитацией традиционно понимается проведение комплекса мер направленных на восстановление разрушенных или утраченных индивидом общественных связей и отношений вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством организма.

В социальной реабилитации пожилых людей используются разнообразные формы и методы. Это и социальное обслуживание на дому, и срочная социальная помощь, и адресная социальная защита и т.д. В этой системе функционируют различные учреждения, в частности центры медико-социального обслуживания, отделения дневного пребывания, стационарные учреждения и специальные жилые дома для пожилых людей, учреждения (отделения) социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов, оказывающие социальные услуги. В процессе комплексных социально-реабилитационных мероприятий характер жизнедеятельности проживающих пожилых граждан меняется: расширяется социум, круг интересов, повышается уровень мотивационно-потребностного развития личности.

Таким образом, перед социальными учреждениями стоит задача не только создание условий для достойной жизни пожилых граждан, но и установление гармоничных отношений с социальным окружением, расширение возможности социальной коммуникации и социальной активности граждан старшего поколения. Поэтому особое значение в социальной реабилитации пожилых людей приобретает социальный компонент, заключающийся в формировании у них нового социального опыта, позитивной мотивации и активизации потенциальных возможностей личности в решении собственных проблем. Системность решения вышеперечисленных проблем возможна путем внедрения в практику учреждений социального обслуживания эффективных форм, методов, механизмов комплексной реабилитации пожилых людей, способствующих их позитивной социализации и адаптации к новой социальной роли.

СТОМАТОЛОГИЯ

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕД ПОСЕЩЕНИЕМ СТОМАТОЛОГА

Азурова А.Н.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., асс. Ахметова Г.М.

В современном обществе тысячи людей испытывают панический страх, стоит только услышать звук бормашины или упомянуть стоматолога. Наиболее распространенные причины, порождающие у людей дентофобию: негативный опыт лечения в прошлом, боязнь боли, повышенное чувство тревоги, чувство стыда за состояние своих зубов, повышенная чувствительность зубов, боязнь уколов. Визит к стоматологу, особенно к терапевту и хирургу, является одним из наиболее ярких примеров эмоционального стресса.

Цель: оценка психоэмоционального состояния пациентов в ожидании и во время посещения врача стоматолога-терапевта.

Задачи исследования: оценка уровня дентофобии у больных до и во время терапевтического стоматологического приема.

Материалы и методы исследования: для реализации цели и задач была разработана специальная анкета, включающая в себя шкалу стоматологической тревожности Кораха. Всего было обследовано 142 пациента обратившихся к врачу стоматологу.

В результате исследования выявлен различный уровень дентофобии в зависимости от ситуации, пола и возраста. Перед посещением стоматолога уровень дентофобии у женщин составляет 8,93 балла, у мужчин 8,69 баллов. При проведении анализа в зависимости от возраста выявлено, что уровень дентофобии у женщин в возрасте от 20 до 40 лет больше чем у мужчин такого же возраста. У женщин от 20 до 40 лет уровень дентофобии составляет 8,52 балла, а у мужчин 8,54 балла. У женщин от

40 до 60 лет уровень дентофобии составляет 9,18 баллов, у мужчин такого же возраста уровень дентофобии составляет 8,35 балла. У женщин от 60 до 80 лет уровень дентофобии составляет 9,5 баллов, а у мужчин 8,28 баллов.

В результате исследования выявлено, что средний уровень дентофобии имеется практически у всех больных перед стоматологическим терапевтическим приемом. Пути преодоления дентофобии заключаются в необходимости более полного информирования пациентов с достижениями современной стоматологии, которые включают в себя новейшее оборудование, широкое использовании анестезии и наличии высококвалифицированного медицинского персонала. И о необходимости посещения стоматолога с профилактической целью, для оказания помощи на начальной стадии лечения кариеса с целью предотвращения перехода его развития и более болезненных осложнений.

УРОВЕНЬ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ НАВЫКОВ У КУРСАНТОВ СУВОРОВСКОГО УЧИЛИЩА В ВОЗРАСТЕ 11-13 ЛЕТ

Рачинина Е.О.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., асс. Ахметова Г.М.**

Здоровье населения в значительной степени зависит от владения навыками здорового образа жизни, которое позволяет предупредить развитие многих заболеваний. Поэтому большое значение в предупреждении основных стоматологических заболеваний имеет повышение уровня социальной мотивации школьников, которая формируется в процессе общественного воспитания личности. Предполагается, что осуществление стоматологических образовательных программ среди школьников может значительно повысить уровень здоровья полости рта детей.

Целью нашего исследования является выявление имеющихся знаний и формирование высокого уровня мотивации к сохранению здоровья полости рта у школьников.

Достижение поставленной цели реализуется решением следующих задач исследования:

1. Оценить знания и навыки гигиены полости рта у учеников Суворовского училища в возрасте 11 – 13 лет.

2. Определить необходимость разработки и применения образовательной стоматологической программы для школьников средних классов.

Из полученных результатов мы сделали вывод, что школьники не обладают достаточными знаниями и навыками в области профилактической стоматологии. Некоторые учащиеся имеют низкий уровень санитарной культуры. 8% школьников чистят зубы 1 раз в день. 14% не пользуются зубной пастой, чистят только щеткой. Большое количество детей редко меняют зубную щетку: раз в полгода 22,5%. Учащиеся не достаточно хорошо знакомы с продуктами питания, полезными для зубов.

Необходимо проводить программы среди учеников средних классов, привлекать специалистов в области профилактики стоматологических заболеваний, организовать специальные семинары для дополнительного просвещения педагогов в области профилактической стоматологии и повышения мотивации к воспитанию у школьников санологического поведения.

НОВЫЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА

Кульченко А.А., Прытков В.А., Паршкова Т.Ю.

**Мордовский государственный университет
Руководитель – д.м.н., проф. Власов А.П.**

Целью работы явилось определение роли нарушений структурно-функционального состояния гемоглобина в прогрессировании хронического пародонтита.

Методы исследования. Основой работы стали клинические исследования у 35 больных (12 мужчин и 23 женщины) хроническим генерализованным пародонтитом различных степеней тяжести в возрасте от 30 до 50 лет с давностью заболевания от 3 до 15 лет, проходившие лечение в Республиканской стоматологической поликлинике г. Саранска. Обследуемые были распределены по степени тяжести заболевания на три группы, сопоставимые по возрастному-половому составу. Пациенты получали традиционную местную и общую противовоспалительную терапию. При обращении и в контрольные сроки (5-е и 10-е сутки) всем пациентам выполняли общеклинические, биохимические исследования, а также методы функциональной диагностики. Акцент исследований в работе сделан на изучение структурно-функционального состояния гемоглобина с привлечением РАМАН-спектроскопии.

Результаты исследования. Исследования показали, что у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом отмечаются существенные изменения структурно-функционального состояния гемоглобина, проявляющиеся в виде увеличения относительного количества оксигемоглобина в эритроцитах на 20,0-29,1% ($p < 0,05$), уменьшения относительной способности гемоглобина связывать лиганды, роста относительной способности гемоглобина выделять лиганды на 14,2–25,8% ($p < 0,05$), снижения сродства гемоглобина к лигандам, повышения уровня колебания метиновых мостиков гемоглобина на 21,6-35,4 % ($p < 0,05$). Корреляционный анализ показал, что изменения показателей структурно-функционального состояния гемоглобина сопряжены с тяжестью пародонтита, максимальные значения выявленных изменений регистрировались у пациентов с тяжелым пародонтитом.

Заключение. У пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом отмечаются изменения структурно-функционального состояния гемоглобина, которые сопряжены с тяжестью заболевания, что определяет возможность их использования в качестве прогностических критериев заболевания. Наиболее уязвимыми к изменениям являются такие показатели как сродство гемоглобина к лигандам и колебания метиновых мостиков гемоглобина.

МАСТИКАЦИОГРАФИЯ КАК МЕТОД ОЦЕНКИ РЕАБИЛИТАЦИИ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

Михеева Е.С.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – асс. Валеев М.Б., Астафьева А.А.**

Мастикациография (от греч. *mastica-tio* — жевание, *grapho* — пишу) — графический метод регистрации движений нижней челюсти. Мастикациография позволяет графически регистрировать динамику жевательных и нежевательных движений нижней челюсти.

Мастикациорграф позволяет регистрировать движения нижней челюсти на кимографе в нормальных физиологических условиях. Принцип метода основан на регистрации колебаний воздуха в замкнутой системе при движении резинового баллона, который с помощью прачи прикрепляют к подбородку.

Пользование описанной методикой показало, что запись жевательных движений нижней челюсти представляет собой ряд следующих друг за другом волнообразных кривых. Весь комплекс движений, связанный с жеванием куска пищи, от начала его введения в рот до момента проглатывания, характеризуется как жевательный период.

Мастикациограмма состоит из волнообразных кривых — жевательных волн, или зубцов. Акт приема пищи условно можно разделить на следующие фазы:

- I — состояние в физиологическом покое;
- II — открывание рта, введение пищи между резцами;
- III — откусывание пищи;
- IV — перемещение пищи на группу жевательных и разжевывание ее;
- V — глотание.

Задачи мастикациграфии. С помощью мастикациграфии можно определить время жевательного цикла до глотания и длительность его отдельных фаз, число жевательных движений, величину амплитуды открывания рта. На мастикациограмме можно определить нарушение акта жевания: например, удлинение жевательного цикла с 14 с в норме до 42—45 с при той или иной патологии.

При частичной потере зубов мастикациграфия позволяет определить потерю жевательной эффективности той или иной группы зубов, а так же после протезирования оценить эффективность лечения при помощи сравнения мастикациорграмм.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПЛЕТеной НИКЕЛИД ТИТАНОВОЙ МЕМБРАНЫ ПРИ СЕГМЕНТАРНЫХ ДЕФЕКТАХ КОСТИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Житко А.К.

Казанский Государственный медицинский университет

Восстановление костной ткани при сегментарных дефектах альвеолярных отростков челюстей с использованием механического барьера в виде мембраны, является актуальной задачей в дентальной имплантологии.

Целью исследования явилось повышение эффективности восстановления сегментарных дефектов костной ткани альвеолярных отростков челюстей на основе применения плетеной никелид-титановой мембраны с памятью формы.

Методы исследований.

Мембрана имеет сетчатую структуру и состоит из плетенных по текстильной технологии сверхэластичных нитей из сплава никелида-титана

Исследования свойств мембраны проводились на собаках. Начальным этапом было создание беззубого участка на нижней челюсти собаки. Затем создавали дефект костной ткани. Для восстановления альвеолярного отростка использовали мембрану, изогнутую по форме альвеолярного гребня, накладывали ее на область дефекта и ушивали рану наглухо. Забор новообразованной ткани проводили через 1, 3 и 6 месяцев после операции.

Результаты исследований.

Гистологические исследования показали, что через 1 месяц в подмембранном пространстве отмечается формирование зрелой волокнистой соединительной и молодой хрящевой ткани. Через 3 месяца происходит перестройка грубоволокнистой кости в зрелую компактную, наблюдается платинчатые костные структуры на границе с мембраной. Через 6 месяцев выявляется зрелая пластинчатая костная ткань с гаверсовыми каналами.

Исследования показали, что дефект был полностью восстановлен. Новообразованная кость по своим параметрам не отличалась от материнской кости челюсти.

Заключение. Предложенная мембрана имеет преимущества: обладает биомеханической совместимостью с тканями, не требует дополнительных элементов для фиксации, сохраняет заданную форму гребня альвеолярного отростка, не препятствует миграции клеток, не ограничивает доступ кислорода, отсутствует возможность передачи прионных заболеваний и аллергических реакций. При проведении костной пластики с использованием мембраны стоимость процедуры уменьшается за счет низкой стоимости мембраны, а сама процедура упрощается, так как фиксация мембраны происходит за счет эффекта памяти формы.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОКАРИОЗНОЙ ДИЕТЫ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА И ВИТАМИННО – МИНЕРАЛЬНЫМ КОМПЛЕКСОМ «КАЛЬЦЕМИН»

Ахметзянова Г.Р.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - д.м.н., проф. Уразова Р.З.

Цель: оценить влияние особенностей питания на состояние зубов у детей, пути их коррекции.

Методы исследования. Обследованы 114 детей в возрасте 12-14 лет. Подростки были распределены на 3 группы: 1 (контрольная) - 40 школьников, 2 (профилактическая) - 40 школьников, которым кроме оперативно-восстановительного вмешательства назначали минерально-витаминный препарат "Кальцемин". 34 школьникам (3 группа) была назначена сбалансированная диета. Стоматологический статус изучался по индексам КПУ, активности кариозного процесса, состояние эмали – по ТЭР. Оценка слюны - по данным микрокристаллизации, pH и вязкости. Ежедневное поступление и других минеральных компонентов, а также витамина определены путем анкетирования школьников по методике Мартинчика А.Н. и подсчета их с применением компьютерной программы.

Проведенные исследования в течение 2 лет выявили высокую кариеспрофилактическую эффективность препарата "Кальцемин" и назначение диеты. Во 2 группе прирост интенсивности кариеса составил 1,7 зуба, в 3-ей - 2 зуба. В контрольной группе в среднем на каждого ребенка прирост интенсивности кариеса - 4,2 зуба. Это подтверждалось состоянием эмали и слюны. Высокая кислотоустойчивость эмали по ТЭР < 40% отмечалась только у 30% детей в 1-ой группе, во 2-ой профилактической группе число кариесустойчивых детей возросло с 30% до 80%. А в 3 группе у 73% детей кислотоустойчивость эмали возросла до оптимального значения.

Оценка кариеспрофилактической эффективности проводилась по редукции кариеса. Назначение препарата "Кальцемин" достигло редукции кариеса зубов к концу 2 года исследования 59,48±9,40%.

В профилактической группе по сравнению с контрольной группой кариеспрофилактический эффект во все сроки наблюдения достоверно выше.

Назначение диеты детям 3 группы выявило противокариозный эффект и к концу 2 года наблюдения редукция кариеса составила $50,36 \pm 8,63\%$. Во все сроки наблюдения назначение противокариозной диеты по сравнению с контрольной группой детей дает статистически достоверный кариеспрофилактический эффект.

Выводы. Назначение сбалансированного питания играет важную и разностороннюю роль в профилактике болезней полости рта, применение "Кальцемина", который можно как средство патогенетической профилактики и терапии рекомендовать в детской стоматологии.

СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ.

Галембикова А.Р., Галембикова А.Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководители – к.м.н., доц. Горячев Н.А., к.м.н., доц. Копылов А.Н.

Целью нашего исследования является изучение состояния тканей пародонта в процессе лечения больных с бронхообструктивным синдромом и дыхательной недостаточностью с использованием мукоактивного препарата-флуифорт.

Материал и методы исследования. Обследовано 18 пациентов в возрасте от 46 до 70 лет с диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких различной степени тяжести и 6 больных с бронхиальной астмой в период обострения заболевания в возрасте от 38 до 58 лет. Все больные находились на лечении в терапевтическом отделении 5 городской клинической больницы г.Казани, осмотр полости рта проводился в динамике лечения больных в условиях стоматологического кабинета и в больничных палатах. Контрольную группу составили 16 человек сопоставимых по возрасту и полу, без бронхолегочной патологии. Все больные получали стандартную терапию по основному заболеванию, а больные с ХОБЛ новый мукоактивный препарат - флуифорт. Больным БА и части больным ХОБЛ проводилась небулайзерная терапия глюкокортикоидными гормонами. Дополнительно нами было проведено удаление зубных отложений, обучение грамотной чистке зубов, рекомендовано в целях профилактики возможных стоматологических осложнений терапии по основному заболеванию применять стоматологический гель (Метрогил Дента), полоскать полость рта отварами ромашки и шалфея. Обследование пациентов включало определение гигиенического состояния полости рта по индексам Федорова-Володкиной, и Грина-Вермилиона и индексам кровоточивости РМА, а также глубину пародонтального кармана.

На фоне проведенного комплексного терапевтического и стоматологического обследования и лечения было выявлено улучшения гигиенического состояния полости рта, уменьшение глубины пародонтального кармана, кроме группы пациентов, которым проводилась гормональная терапия, здесь показатели не претерпели существенных изменений. В терапевтическом плане препарат флуифорт показал высокую эффективность в комплексной терапии ХОБЛ и был рекомендован больным для дальнейшего лечения в амбулаторных условиях.

Таким образом, комплексное обследование терапевтических больных стоматологом помогает в диагностике изменений пародонта и дает дополнительные рекомендации для улучшения качества жизни больным с бронхообструктивным синдромом и дыхательной недостаточностью.

НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА У ДЕТЕЙ

Тидген К.В., Сафина Р.М., Мусина Н.А.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Уразова Р.З.

Проблема заболеваний слизистой оболочки полости рта у детей является одной из важнейших в стоматологии. Особое значение отводится острому герпетическому стоматиту, занимающему более 80% от всех заболеваний слизистой оболочки полости рта у детей.

Общепринятой схемой лечения является назначение противовирусных препаратов, адаптогенов, иммуномодуляторов, поливитаминов, кератопластиков, антисептических средств и обезболивание.

Несмотря на определенные результаты, достигнутые в решении вопросов этиологии и патогенеза герпетической инфекции в полости рта, большое количество работ, посвященных лечению, вопрос о повышении эффективности комплексного лечения больных острым герпетическим стоматитом с целью предупреждения осложнений и повторного заражения остается актуальным.

Целью нашего исследования является снижение осложнений и риска рецидивов при лечении острого герпетического стоматита у детей путем оптимального назначения антисептических средств. В зависимости от используемой комбинации антисептических средств больные были разделены на 5 групп, включая группу контроля. Больным всех групп проводилось микробиологическое исследование при поступлении и через 14 дней после начала лечения. Распределение больных по возрасту, полу, сопутствующей патологии, клинической форме и тяжести заболевания было однородным.

На данном этапе работы нами установлено, что микробный пейзаж у больных острым герпетическим стоматитом значительно отличается от такового у здоровых. У здоровых - лактобактерии и стрептококки, у больных - лактобактерии на слизистой оболочке переходной складки не встречались вообще, а стрептококки - только у 2/3 больных. Облигатно-анаэробная микрофлора выделялась только в ассоциациях с названными аэробными и факультативно-анаэробными бактериями и грибами. При тенденции к развитию рецидивов после острого герпетического стоматита средней тяжести наблюдался некоторый сдвиг в пользу аэробной микрофлоры, представленной преимущественно стафилококками и кандидами.

Результаты предстоящего исследования позволят разработать практические рекомендации для проведения комплексного лечения острого герпетического стоматита.

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И СТРУКТУРЫ ФОРМ ПЕРИОДОНТИТА ЗУБОВ

Березин В.А., Исмагилов О.Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., асс. Старцева Е.Ю., асс Березин К.А.

Целью исследования является определение динамики распространённости структурных форм периодонтитов у пациентов в стоматологических поликлиниках г. Казани.

Материалы исследования: 517 медицинских карт стоматологического больного (учетная форма № 043/у).

Методы исследования: клинический (скрининговое обследование), статистический и расчетно-аналитический.

Проведён сравнительный клинико-статистический анализ данных об обращаемости пациентов в стоматологические поликлиники г. Казани с разными нозологическими формами периодонтита. По данным систематизации и оценки содержания 517 амбулаторных медицинских карт получена необходимая медико-статистическая информация о пациентах, получивших лечение по поводу нозологических форм периодонтита в стоматологических поликлиниках г. Казани. Распределение больных по клиническим формам периодонтита было проведено согласно классификации МКБ-10. Рассчитаны показатели, характеризующие распространённость патологических форм периодонтита в различных возрастных группах.

Результаты. В ходе исследования рассчитаны и проанализированы распространённость разных структурных форм хронического периодонтита, а также среднее число зубов с периодонтитом в различных возрастных группах. Эти данные позволили установить объём и особенности обращаемости населения за стоматологической помощью. В структуре патологий пародонта среди пациентов стоматологических поликлиник по данным обращаемости во всех возрастных группах лидирующую позицию заняли хронический фиброзный периодонтит (от 44% до 100%), и обострение хронических форм периодонтита (от 22% до 98%). В возрастной группе пациентов от 18 до 39 лет определяется высокая распространённость случаев острых форм периодонтита (от 20% до 24%).

Установлена высокая заболеваемость нозологическими формами патологии пародонта во всех возрастных группах пациентов. Констатирована повышенная частота выявления случаев заболеваний пародонта у мужчин в течение всего периода проспективного исследования. Представленные материалы доказывают необходимость оптимизации диагностических и лечебно-диспансерных мероприятий для профилактики рецидивов и ускорения репаративного остеогенеза после эндодонтического лечения периодонтита.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НИЗКОИНТЕНСИВНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Усманова Н.Р.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., асс. Фазылова Ю.В.

Лазерные технологии – это один из эффективнейших инструментов, возможности которых сравнимы с перспективами.

Свойства лазера позволяют современной стоматологии решать целый ряд сложных задач, обеспечивая минимальную травматичность лечения и его высочайшую эффективность.

В современной медицинской практике широкое распространение получило применение низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) как эффективного лечебного средства, которое обладает достаточно выраженным терапевтическим действием при лечении широкого круга заболеваний.

Целью нашего исследования явилось определение деконгестивного и противовоспалительного эффекта лазерной терапии с применением аппарата «Оптодан» у больных с отечной формой гипертрофического гингивита.

Под наблюдением находилось 25 пациентов в возрасте 16-25 лет с отечной формой гипертрофического гингивита различной распространённости, преимущественно I и II степени тяжести, в том числе 16 мужчин и 9 женщин. Оценка состояния тканей пародонта проводилась общепринятыми клинико-функциональными и лабораторными методами. Лазерная терапия включалась в составе традиционной комплексной терапии данной нозологической формы, после тщательной санации полости рта с учетом показаний и противопоказаний к лазерной терапии. Лечебные процедуры проводили с помощью рассеивающей насадки, используя частотный режим I, 5-7 процедур ежедневно до исчезновения воспалительных явлений. Экспозиция – 2 мин на поле. Критериями оценки стали данные объективного обследования, динамика феномена стиплинга, индекс РМА.

Результаты лечения показали, что 84% обследованных отметили снижение болевого синдрома, кровоточивости десен при чистке и эстетический эффект (восстановление формы десневого края), у 72% пациентов отмечена положительная динамика феномена стиплинга на 3-4 сеансе лазерной терапии, что подтверждалось и показателями индекса РМА.

РОЛЬ ИММУНОРЕГУЛЯТОРНЫХ ЦИТОКИНОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД МЕНОПАУЗЫ

Сабирова М. Н.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., асс. Гиляева В.В.

В период гормональной перестройки организма у женщин в менопаузе изменения и колебания уровня эстрогенов могут привести к изменению обменных процессов и функций различных органов и систем, в том числе — к изменению состояния тканей пародонта. При этом активность воспалительного процесса, деструктивного, дистрофического компонентов патологического процесса в тканях пародонта во многом определяется состоянием различных звеньев иммунной системы, в том числе — уровнем иммунорегуляторных цитокинов.

Целью исследования явилось изучение данных литературы по проблемам состояния тканей пародонта у женщин в период менопаузы.

Патология пародонта у женщин в период менопаузы приобретает особую значимость. Выявлена корреляционная взаимосвязь между минеральной плотностью костной ткани различных отделов скелета и высотой альвеолярного гребня, уменьшением костной массы скелета и высоты межзубных перегородок, снижения прикрепления десны. Дефицит эстрогенов в постменопаузе, отягощенной остеопорозом, способствует возникновению дисбаланса между резорбцией и формированием костной ткани. При этом отмечается дисбаланс содержания цитокинов в смешанной слюне, регулирующих обменные процессы в костной ткани, а при развитии воспалительного процесса – выполняющих иммунорегуляторную функцию, снижается соотношение CD4+/CD8+, повышается уровень CDgt, CD3+ и CD+, активность естественных киллеров. Существует точка зрения, согласно которой ИЛ-1β, ИЛ-6, ФНОα усиливают резорбцию костной ткани, а ИЛ-4, γИФН угнетают ее, а локальный цитокиновый дисбаланс характеризуется повышением уровня ИЛ-1β и других провоспалительных цитокинов.

Цитокинам принадлежит важная роль в регуляции иммунных, нейроэндокринных реакций организма. Ими контролируются все физиологические процессы, осуществляется взаимосвязь между отдельными органами и системами. Эстрогены влияют на уровень продукции цитокинов, обеспечивая альтерацию экспрессии цитокинов на уровне транскрипции и посттранскрипционном этапе, модуляцию экспрессии цитокиновых рецепторов, эффекта цитокинов на клетки-мишени. Накопленные к настоящему времени данные об иммунорегуляторных цитокинах позволяют продолжить дальнейшее изучение их участия в развитии различных заболеваний и патологических процессов, а также — методах направленной патогенетической терапии.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ У РАБОТНИКОВ КАЗАНСКОГО ЗАВОДА РЕЗИНОТЕХНИЧЕСКИХ ИЗДЕЛИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАЖА РАБОТЫ

Мартьянова М.В.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., проф. Гиниятуллин И.И.

Целью нашего исследования явилось изучение стоматологической заболеваемости работников резинотехнических производств.

Исследование по изучению стоматологической заболеваемости проводилось на Казанском заводе резинотехнических изделий.

Состав изучаемых групп работников по возрасту и стажу был одинаковым. В основную группу было включено 200 человек (вальцовщики, грануляторщики и др.), а в контрольную — 50 человек (работники управления завода) со средним возрастом от 22 до 59 лет. Все работники были разделены на группы по стажу (до 5 лет, 6—10 лет, 11—20 лет, свыше 20 лет).

Нами были изучены результаты поликлинического осмотра и лечения основных стоматологических заболеваний. Проведен анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности, структуры заболеваемости, прирост интенсивности кариеса, а также анализ заболеваемости в зависимости от общего стажа работы в условиях влияния вредных факторов производственной среды, пола, возраста, профессии.

Значительный интерес представляло изучение заболеваемости в зависимости от стажа работы. У работников со стажем до 5 лет на первом месте была выявлена заболеваемость кариесом зубов (от 81,81 до 88,8% обследованных). На втором месте - осложнения кариеса.

Аналогичная тенденция отмечалась при анализе заболеваемости работников со стажем от 6 до 10 лет. Нами было установлено, что кариес зубов имел место в основной группе у $91,3 \pm 1,2$ – $95,2 \pm 0,9\%$ обследованных, тогда как в контрольной – у $64 \pm 1,1\%$.

У работников со стажем от 11 до 20 лет и свыше 20 лет кариес зубов выявлен у $93,3$ – $99,0 \pm 0,9$ % обследованных.

У рабочих основных групп была выявлена наибольшая распространенность заболеваний пародонта (81,3%), что значительно превышало показатели контрольной группы (14,5%). Разница сравниваемых величин статистически достоверна ($p < 0,001$).

В целях совершенствования стоматологической помощи работникам завода резинотехнических изделий необходимо организовать проведение периодических медицинских стоматологических осмотров работников производства 2 раза в год, предусмотреть диспансеризацию лиц с повышенным риском к стоматологическим заболеваниям.

ИЗУЧЕНИЕ ОСНОВНЫХ ЗАДАЧ ЭРГОНОМИКИ В СТОМАТОЛОГИИ

Сморкалова А.О., Сморгалова А.О.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., асс. Старцева Е.Ю.

Эргономика (ergos - работа, nomos - закон) - наука, изучающая функциональные возможности человека в трудовых процессах с целью создания для него оптимальных условий труда. Задача эргономики, с одной стороны, - сделать труд высокопроизводительным и эффективным, с другой, — обеспечить человеку удобство работы, сохранение его сил, здоровья и работоспособности.

Врач-стоматолог во время работы подвержен нагрузкам, связанным с высокой концентрацией и мышечным напряжением. Неудобная поза и изометрическое напряжение мускулатуры оказывают неблагоприятное действие на здоровье врача и его ассистента

Правильная и эргономичная организация своего рабочего места и трудового процесса позволяют ощутимо экономить время, силы и, главное, здоровье.

При планировке стоматологического кабинета важно учитывать многие факторы:

1. Оборудование, рабочая мебель, рабочая одежда и инструментарий учитывают антропометрические измерения и анатомо-физиологические особенности организма медицинского работника в соответствии с требованиями технической эстетики, гигиены труда и техники безопасности ассистента

2. Стоматологические кабинеты и рабочие помещения рационально устроены на основании научно обоснованных нормативов их площадей, высоты, глубины, кубатуры, санитарно-технического благоустройства, внутренней отделки интерьера. Наиболее подходящей является комбинация мебели в форме буквы «U».

3. Оптимальная организация рабочего места персонала путем размещения оборудования с учетом антропометрических данных и возможности подгонки индивидуально по росту, правильного выбора рабочей позы, рабочих движений, механизации и автоматизации лечебно-диагностического оборудования, правильного размещения аппаратов управления и сигнализации на приборах и юнитах.

4. Правильная организация режима труда и отдыха, изучение профессиональных факторов, в том числе вредных для здоровья, предупреждение профессиональных заболеваний.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМ ПЕРИОДОНТИТА У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД ФОРМИРОВАНИЯ КОРНЕЙ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ

Юнусова А.А.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., асс. Габдрахманова М.Г.

Цель исследования: Оценка эффективности лечения хронических форм верхушечного периодонтита у детей с применением пломбировочного материала «Метапекс» для пломбирования корневых каналов (фирма «Биомед К» Южная Корея).

Материал и методы: Проведено клинко-рентгенологическое обследование 35 детей в возрасте от 14 до 16 лет с деструктивными формами хронического периодонтита. Диагноз ставили на основе клинических и рентгенологических данных.

Основную группу составили 20 детей, которым лечили 26 зубов с диагнозом хронический гранулематозный периодонтит. Контрольную группу составили 15 детей (23 зуба) с аналогичным диагнозом.

Эндодонтическое лечение включало обработку корневых каналов, в технике «Step back» («шаг назад») и медикаментозной обработке 0,5% раствором гипохлорита натрия, с последующим пломбированием корневых каналов «Метапексом». В контрольной группе корневые каналы пломбировали цинкоксидэвгиноловой пастой. Лечение проводилось в два посещения с динамическим наблюдением.

Результаты: Для оценки ближайших результатов лечения учитывали частоту и характер осложнений на проведенное лечение в сроки от 2 до 5 дней после пломбирования корневых каналов.

Непосредственные результаты лечения считались благоприятными, если в течение ближайших дней после пломбирования корневых каналов больные жалоб не предъявляли, а при объективном исследовании перкуссия была безболезненной, десна в области зуба (по цвету) не отличалась от окружающих тканей.

Так, в ранние сроки после лечения у больных основной группы (с использованием «Метапекса») наблюдалась болевая реакция при накусывании в течение первых трех дней, что составило 35,9% случаев, осложнений в данной группе было выявлено 4,5%, тогда как в контрольной группе (лечение цинкоксидэвгиноловой пастой) аналогичные явления в первые дни после пломбирования имели место в 51,7% случаев, появление болезненности и отека по переходной складке составило 6,9%, что сопровождалось более длительным временем.

Рентгенологические данные свидетельствовали об уменьшении очага деструкции костной ткани в области верхушки корня.

Вывод: Использование «Метапекса» для пломбирования корневых каналов при лечении деструктивных форм хронического периодонтита способствует повышению эффективности лечения и снижению частоты осложнений.

ВЫБОР АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ В КЛИНИКЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Шарафутдинова Ю.Н.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., асс. Фазылова Ю.В.

Проблема страха боли при лечении зубов и соответственно психологического барьера, заставляющего многих пациентов откладывать визит к врачу, остается актуальной до настоящего времени. В связи с чем, представляется интересным изучение нуждаемости и частоты проведения анестезии на приеме врача стоматолога-терапевта.

Материалы и методы исследования: изучено 763 медицинские карты стоматологического больного (МКСБ) пациентов, в возрасте 18-45 лет, находившихся на лечении у врача-стоматолога терапевта стоматологической поликлиники КГМУ за период июнь 2010 – июнь 2011 года. Выборка по гендерным признакам производилась произвольно. Основой выбора явился диагноз, с которым обратился пациент, а также его соматический статус. Кроме того, нами был проведен опрос среди врачей стоматологов-терапевтов, с целью выяснить – «как часто проведение инъекционной анестезии вызвано страхом перед стоматологическим вмешательством при отсутствии явных медицинских показаний».

Результаты исследования: анализ МКСБ, показал, что кариес эмали диагностирован в 28% случаев, а кариес дентина, соответственно – в 72% случаев. При этом жалобы на боль от различных видов раздражителей, болезненность при препарировании отмечены в 67% случаев, что и послужило основанием к проведению инъекционной анестезии, а у 23% пациентов данные объективного обследования, отраженные в МКСБ, свидетельствовали о том, что назначение местной анестезии обусловлено страхом перед стоматологическим вмешательством. При этом следует отметить, что лечение зубов носило плановый характер, и предусматривало возможность назначения премедикации. Однако ни в одном из случаев премедикация не была назначена, хотя у 61% пациентов диагностированы различные соматические заболевания. Результаты опроса среди специалистов-стоматологов, подтвердили, что в среднем в каждом 3 случае обращения пациент отказывается от лечения без анестезии из-за страха боли.

Таким образом, страх перед стоматологическим вмешательством является основанием для инъекционной анестезии в среднем в 37% случаев, в том числе у пациентов сотягощенным соматическим анамнезом. В тоже время назначение премедикации и выбор средств для ее проведения представляет сложность для врачей на амбулаторном приеме, при показаниях к ее назначению в каждом 3 случае из 10.

ОЦЕНКА ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ МЕТОДОВ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ЭНДОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ

Сморкалова А. О., Сморкалова А. О.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., асс. Старцева Е.Ю.

Целью исследования является определение диагностических возможностей лучевой диагностики при эндодонтическом лечении.

Материал исследования: 12 пациентов, поступивших в терапевтическое отделение стоматологической поликлиники с клиническим подозрением на изменения в зубочелюстной системе.

Методы исследования: рентгенография (обзорная, внеротовая и внутриворотная) и специальные методы исследования (телерентгенография, компьютерная томография, ортопантомография)

Преимуществами этого метода является: доступность метода, не требует специальной подготовки пациента, низкая стоимость исследования.

Анализ полученных результатов показал следующее. Рентгеноскопия на цифровом рентгеновском аппарате, позволяла во всех случаях осуществлять прицельную рентгенографию зубов и челюсти с изменениями. Рентгенография в условиях максимального сгибания и разгибания способствовала выявлению функциональных нарушений, которые были ранними проявлениями и заболеваниями. У 10 пациентов были выявлены патологические изменения.

Вывод: рентгенологическое исследование является важным методом при заболеваниях зубочелюстной системы, использование возможностей цифровой техники и специальных методик, позволяет установить наличие патологий, что позволит выработать оптимальную тактику лечения.

РЕЗОРБЦИЯ КОРНЕЙ В ПРОЦЕССЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Игнатъева Л.А., Парфенова О.С.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., проф. Хамитова Н.Х.

Интенсивное развитие ортодонтии позволяет в процессе лечения добиться оптимальных функциональных и эстетических результатов, но не исключает риск возникновения различных осложнений, одним из которых является резорбция корней зубов. Согласно статистике резорбция корней зубов возникает у 16,5% подростков и 40% взрослых пациентов. К сожалению, проблема резорбции корней зубов недостаточно изучена в современной стоматологии.

Целью нашей работы на данном этапе является выявить причины резорбции корней зубов в процессе проведения ортодонтического лечения.

Объектом нашего исследования явились ОПТГ пациентов, прошедших ортодонтическое лечение или находящихся на активном лечении.

Нами были изучены следующие факторы, влияющие на резорбцию корня:

1. Длительность ортодонтического лечения

2. Применение межчелюстных эластиков.

3. Тип ортодонтического движения зуба.

4. Силы, применяемые в период ортодонтического лечения.

5. Степень перемещения зуба. По мнению многих авторов, степень резорбции корней зависит от расстояния, на которое переместились корни.

6. Также нами было отдельно выделено перемещение эндодонтически пролеченных зубов.

Было обследовано 23 ОПТГ, в 53% обнаружена резорбция корней зубов. Из них в 33% встречалась резорбция в области корней 11,12 зубов; 11% -13,14,23,25,43,44,46,33,34,35 зубов; 22%-24 зуба; 44%- 21 и 31 зубов; 56%- 22 и 41 зубов; 67%- 32 и 42 зубов.

Процентное соотношение в соответствии со степенью резорбции корней зубов: 1 степень-68%, 2 степень-32%, 3 степень-не встречалась.

Наиболее часто встречаемыми причинами явились: длительность лечения-100%, применение эластиков-30%, применение раздвижных пружин-100%. Резорбция корней эндодонтически пролеченных зубов встречалась в 63%.

В результате исследования было установлено, что основной причиной появления данной патологии является применение раздвижных пружин, длительность ортодонтического лечения и перемещение эндодонтически пролеченных зубов.

СОСТОЯНИЕ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА У ОРТОДОНТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Усманова Н.Р., Тарасова А.О., Галимова А.Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., проф. Хамитова Н.Х.

Введение. Часто ортодонтическое лечение бывает направлено на устранение морфологических и эстетических нарушений, а функциональные аспекты выпадают из поля зрения. Причиной осложнения является недостаточное обследование жевательных мышц и состояния ВНЧС.

Эти нарушения проявляются в виде миофасциального болевого синдрома лица. При длительном фиксированном локальном гипертонусе в мышце возникают вторичные расстройства: сосудистые, обменные, воспалительные и т. д. Локальные гипертонусы становятся источником локальных и отраженных болей и превращаются в так называемые «триггерные точки». На лице они обнаруживаются чаще в жевательных мышцах, височной, латеральной и медиальной крыловидных мышцах.

Цель. Изучить частоту встречаемости дисфункции ВНЧС, выявить основные причины их вызывающие, определить болезненные точки.

Материалы и методы. Было обследовано 20 пациентов на ортодонтическом приеме, 13 из которых продолжали лечение и 7 находились в период ретенции. Клиническое исследование проводилось на основании анкетирования и объективного осмотра больного.

Результаты. Обследование 20 пациентов показало, что у 12 (60 %) определяется наличие в анамнезе жалоб на дисфункциональную активность мышц и щелканье сустава, которое возникало при открывании рта у 8 (67%), при закрывании у 4 (33%), при боковых движениях нижней челюсти у 5(42%); был отмечен шум в ушах у 3 (15%); 7 (35%) больных связывают появление боли в височной области с применением эластической тяги во время лечения. У 2 (10%) пациентов иррадиация боли в затылочную область, у 1 (5%) в шею, возникновение спонтанной зубной боли у 2 (10%). Наличие триггерных точек у 6 (30%), при этом в анамнезе у 2 (10 %) имелась эластическая тяга и у 1 (5 %) окклюзионная накладка.

Вывод. Проанализировав результаты данных клинического исследования, выяснилось, что чаще всего у пациентов, имевших в анамнезе наличие окклюзионных накладок, эластической тяги, а также жалоб на дисфункциональную активность мышц, наблюдается дисфункция ВНЧС и наличие болезненных (триггерных) точек в области лица и шеи.

РАЗРАБОТКА ПОДХОДОВ К УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Макарова Н.А., Сафин В.И., Загородская Е.В.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., доц. Блашкова С.Л.

Изменения, происходящие в системе здравоохранения в последние десятилетия, определяет необходимость научного обоснования и использования в практике работы лечебно-профилактических учреждений стандартов, нормативов медицинских услуг и критериев для оценки их качества.

Цель исследования заключалась в разработке подходов к совершенствованию стоматологической помощи на основе протоколов лечения.

В стоматологической поликлинике г. Казани методом анкетного интервьюирования были двукратно опрошены 32 врача-стоматолога. Разработанная нами анкета содержала, вопросы, которые были посвящены изучению частоты определения показателей иммунитета. Было проведено клиническое и иммунологическое исследование 68 пациентов с хроническим локализованным пародонтитом разной степени тяжести. Для контроля в группу обследуемых были включены 22 практически здоровых пациента. Все пациенты находились на амбулаторном лечении в стоматологической поликлинике КГМУ. На основании резуль-

татов анкетного опроса врачей и клинико-иммунологического наблюдения пациентов нами были разработаны и внедрены «Основы протоколов лечения хронического локализованного пародонтита». Для определения клинической эффективности по истечении года проводилось повторное анкетирование врачей-стоматологов. Оценка результатов на I этапе исследования показала, что при диагностике хронического локализованного пародонтита только 23,1±1,7% врачей-стоматологов проводили оценку иммунного статуса. При проведении обследования 25,3±1,6% врачей оценивали показатели лизоцима и 18,9±0,7% уровень иммуноглобулинов, 15,2±0,3% врачей давали характеристику состояния Т- и В-систем иммунитета. На втором этапе после внедрения протоколов 58,1±5,3% врачей стали считать необходимым оценку иммунного статуса, 47,3±4,1% врачей оценивали показатели лизоцима и 43,7±3,7% - уровень иммуноглобулинов и 38,9±3,6% врачей давали характеристику состояния Т- и В-систем иммунитета.

Таким образом, актуальным направлением повышения качества медицинской помощи является разработка стандартов и алгоритмов. Внедрение «Основ протоколов лечения хронического локализованного пародонтита» повысило информированность врачей об оценке неспецифической резистентности организма до 41,3%, $P < 0,005$, что способствовало терапевтической результативности в достижении ремиссии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ УЛЬТРАФОНОФЕРЕЗА 15% РАСТВОРА ДИМЕФОСФОНА ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ КАРИЕСОМ ЗУБОВ

Захарова О. В.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., асс. Гиляева В.В.

В настоящее время вопросы реабилитации больных острыми формами кариеса зубов не теряют своей актуальности. Это обусловлено необходимостью достижения стабильного результата по повышению резистентности твердых тканей зубов, снижению интенсивности кариеса.

В этой связи целью исследования явилось повышение эффективности реабилитации больных острыми формами кариеса зубов. В соответствии с поставленной целью у 53 больных острыми формами кариеса зубов в возрасте 18-25 лет, находящихся на этапах реабилитации и получавших стандартные методы (группа сравнения, 26 чел.) и патогенетическую терапию с использованием ультрафонофореza 15% раствора димефосфона в комплексе со стандартными методами (основная группа) были изучены: гигиенический статус полости рта, резистентность эмали и прирост интенсивности кариеса зубов. Всем больным разрабатывалась индивидуальная программа гигиены полости рта в соответствии с соматическим и стоматологическим статусом и коррекция диетических привычек.

Результаты исследования выявили существенное снижение значений гигиенических индексов по Федорову-Володкиной и ОНI-с к окончанию первого года наблюдения до хорошего/удовлетворительного уровня, повышение эмалевой резистентности; снижение показателя прироста интенсивности кариеса зубов.

Таким образом, патогенетическая терапия с использованием ультрафонофореza 15% раствора димефосфона способствует повышению эффективности комплекса стандартных реабилитационных мероприятий у больных острыми формами кариеса зубов. При этом позитивный эффект реабилитационных мероприятий больных кариесом зубов может быть достигнут при непрерывном проведении восстановительной и поддерживающей терапии в условиях высокой мотивации больного и четко отлаженных механизмов менеджмента отношений «врач — пациент».

ПОКРЫВНЫЕ ПРОТЕЗЫ В КЛИНИКЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Усманова Н.Р., Салеева Л.Р.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - асс. Валеев М.Б.

Разработка новых методов лечения зубов и создание новых стоматологических материалов и сплавов привело к появлению различных конструкций съемных зубных протезов, базис которых покрывает оставшиеся в полости рта корни зубов.

Такие протезы получили название в англоязычной литературе «overdenture», то есть покрывные или перекрывающие протезы. Основными ретенционными элементами покрывных протезов являются замковые крепления, состоящие из 2 элементов, расположенных соответственно на поверхности несъемной части и в базисе съемной части комбинированного протеза. В качестве ретенционных элементов также могут использоваться магнитные крепления.

В сложных магнитных фиксаторах используются не только сила магнитного притяжения, но и дополнительные механические приспособления в виде рельсовых или кнопочных замковых фиксаторов.

Покрывные протезы по сравнению с полными съемными протезами имеют ряд преимуществ:

- приостанавливают атрофию альвеолярного отростка;
 - улучшают фиксацию съемного протеза при сильной атрофии альвеолярных гребней, особенно при использовании на нижней челюсти;
 - позволяют увеличить функциональную эффективность за счет передачи давления на опорные зубы и лучшей устойчивости и ретенции;
 - позволяют уменьшить давление на слизистую оболочку;
 - позволяют уменьшить границы базиса протеза на верхней челюсти (небо может быть частично открыто);
- Соответственно используемому ретенционному элементу все покрывные протезы можно разделить на 3 вида:

1. Непосредственные покрывные протезы.

Показаны при неблагоприятном прогнозе опорных зубов. В этом случае корни опорных зубов без ретенционных элементов служат опорой покрывных протезов.

2. Переходные покрывные протезы.

Показаны в случае неопределенного прогноза для опорных зубов.

Использование подобных протезов у лиц пожилого возраста помогает адаптироваться пациентам к будущим полным съемным протезам.

В этом случае ретенционные элементы цементируются непосредственно в канал корня.

Частым осложнением в этом случае является развитие кариеса и перелом опорных корней.

3. Постоянные покрывные протезы используются при долгосрочном прогнозе для опорных зубов.

В этом случае могут использоваться ретенционные элементы, располагающиеся на корневом колпачке, телескопические коронки, балки, магнитные фиксаторы.

ПРИМЕНЕНИЕ ЗАМКОВЫХ СИСТЕМ ФИКСАЦИИ ПРИ ДЕФЕКТАХ ЗУБНЫХ РЯДОВ

Усманова Н.Р.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - асс. Валеев М.Б.**

Замковые крепления (аттачмены) стали неотъемлемой частью конструкции современных бюгельных протезов. Они обеспечивают высокие эстетические качества протезов и имеют более короткий период адаптации, возможность адгезионной техники фиксации частей замковых креплений к коронкам интактных зубов, длительный срок службы, возможность смены матриц и повторной активации, взаимозаменяемость стандартных частей.

На основании проанализированных научных исследований и особенностей клинической картины в полости рта, выделен ряд рекомендаций по выбору вида аттачмена.

Так, при дефектах зубных рядов по классификации Кеннеди:

I класса рекомендуется применять аттачмены, с подвижностью съёмной части комбинированного протеза в одной плоскости. Этим требованиям отвечают шарнирные замковые крепления.

II класса и асимметричных дефектах I класса показано применение аттачменов, с подвижностью в нескольких направлениях - ротационных, или шарнирных. Применение этих конструкций требует увеличения количества опорных зубов.

III класса показано применение жестких аттачменов.

IV класса широко применяется балочная система фиксации съёмных протезов.

Важно отметить обратную зависимость между количеством оставшихся зубов в полости рта и жесткостью аттачмена, отсюда уменьшение количества зубов предполагает большую подвижность конструкции.

Наибольшие трудности при определении качества взаимодействия съёмной и несъёмной частей протеза представляет вариант патологической подвижности оставшихся зубов и чрезмерной податливости слизистой оболочки протезного ложа в области седла бюгельного протеза. Заболевания пародонта сопровождается ослаблением опорной функции зубов, наличием дефектов зубных рядов, вторичным снижением прикуса. В этом случае рекомендации по выбору метода фиксации съёмной конструкции протеза носят дискуссионный характер.

Чем более выражена податливость слизистой оболочки полости рта, тем большую подвижность съёмного протеза должен обеспечивать аттачмен. Это положение продиктовано необходимостью нивелировать экскурсию седловидной части протеза, влияющую на устойчивость опорных зубов.

Конструкции замковых креплений постоянно совершенствуются, что позволяет целенаправленно распределять функциональные нагрузки на ткани протезного ложа и, в итоге, обеспечить долгосрочный эффект протезирования.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПЛОТНОСТИ СОЕДИНИТЕЛЬНЫХ УЗЛОВ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ

Хафизов И.Р.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., проф. Миргазизов М.З., д.м.н., проф. Мусина Л.Т.**

Для долговременного функционирования дентальных имплантационных систем, взаимодействующих с костной тканью челюстей и слизистой оболочкой полости рта, немаловажное значение имеет состояние соединительных узлов, возникающих на стыке «имплантат-абатмент» и «абатмент-мезо-супраструктура, которые образуют технические интерфейсы, имеющие свои характеристики. Интерфейсы «имплантат - абатмент» могут иметь следующие виды соединения: (шестигранник, восьмигранник, конус, треугольник, четырехугольник и др.) Среди них главным являются зазоры и их микробная обсемененность, способные вызвать мукозиты и периимплантиты с последующими осложнениями до полной потери имплантата. Производители имплантатов и пользователи ими не всегда анализируют эти факторы, полагаясь на успех гигиенических мероприятий. Исходя из этого, мы поставили перед собой задачу разработать способ микробиологической оценки качества интерфейсов «имплантат-абатмент» и «абатмент-мезо-супраструктура».

Сущность способа заключается в следующем. Внутрь стерильного имплантата с разборной головкой вводят микробы, например: кишечную палочку (*Escherichia coli*) и устанавливают абатмент в соответствии с инструкцией завода-изготовителя. Убедившись в стерильности наружной поверхности имплантата, его помещают в бульон. О качестве соединения «имплантат-абатмент» судят по выходу из соединения микроба, которым был заражен имплантат, и его росту в бульоне. Например, заключение о том, что через 24 часа бульон пророс-выросла кишечная палочка, которой заражали имплантат, свидетельствует о низкой микробиологической защищенности соединительного узла.

Такая микробиологическая оценка, по нашему мнению, имеет значение как для производства имплантатов, так и для клиники по критериям надежности и эффективности долгосрочного функционирования имплантационных систем и зубных протезов.

ИНФРАКРАСНАЯ ТЕРМОГРАФИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Игнатьева Л.А.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - асс. Юнусов И.Т.**

Одной из остро стоящих задач хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии является поиск и внедрение в практику новых методов диагностики патологических процессов челюстно-лицевой области.

Цель исследования: изучение наиболее эффективного метода диагностики в челюстно-лицевой стоматологии.

Объектом исследования явились результаты диагностики заболеваний у пациентов и статьи различных авторов по данной теме.

Одним из современных методов регистрации температуры обследуемой области является инфракрасная термография. Инфракрасная термография позволяет оценивать функциональные изменения в динамике, позволяет уточнить локализацию функциональных изменений, активность процесса и его распространенность, характер изменений – воспаление, злокачественность, нарушение кровоснабжения. Этот метод помогает выявить соотношение между выраженностью клинических проявлений заболевания и поверхностной температурой. Прибор измеряет интенсивность теплового излучения только в конкретных точках,

площадь которых соответствует рабочей поверхности прибора, в результате измерения получают абсолютные значения температуры в диагностически значимых зонах. К несомненным достоинствам данного метода относится его способность определять заболевание задолго до его клинических проявлений и даже при отсутствии симптомов болезни. Кроме того, возможно обследовать всю челюстно-лицевую область в рамках одного посещения и получить точную информацию о стоматологическом статусе пациента.

Инфракрасная термография позволяет измерять температуру в труднодоступных областях: ретромолярная область, корень языка, слизистая оболочка альвеолярного отростка и другие.

К сожалению, применение инфракрасной термографии в стоматологической практике как у нас в стране, так и за рубежом пока носит ограниченный характер.

Таким образом, данные литературы о возможностях применения метода термографии для диагностики различных заболеваний челюстно-лицевой области говорят о том, что проблема термодиагностики различных заболеваний челюстно-лицевой области и полости рта остается актуальной и во многих вопросах не до конца изученной. Но уже имеющиеся результаты дают возможность считать использование этого метода весьма перспективным.

НАКОПЛЕНИЕ ТЯЖЁЛЫХ МЕТАЛЛОВ КАК ОСНОВА ДЛЯ РАЗВИТИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Залавина О. А., Пушилин П. И., Лопушинская А. А.
Новосибирский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Залавина С. В., к.м.н., доц. Апраксина Е. Ю.

Распространенность кариеса зубов у детей в России в 2 раза выше чем в странах Западной Европы, США и др. (2010). Кариозная болезнь и воспалительные заболевания пародонта у взрослых в России не имеет тенденции к снижению. Большая доступность стоматологической помощи и более высокое её качество в крупных городах уравниваются негативным влиянием на стоматологическое здоровье экологических факторов. По данным Акулова А. И., Мингазова И. Ф. (2006) исследования атмосферного воздуха на "средненапряженных" магистралях г. Новосибирска выявили присутствие в концентрациях превышающих допустимые в 1,2-10 и более раз ингредиентов отработавших газов автотранспорта, в том числе и тяжёлых металлов.

Целью исследования явилось выявление особенности обмена биоэлементов у жителей Новосибирска при накоплении тяжёлых металлов. Объект исследования - волосы. Методом атомной эмиссионной спектрометрии с индукционно связанной аргонной плазмой определяли: I, Al, As, Be, Ca, Cd, Co, Cr, Cu, Fe, Hg, K, Li, Mg, Mn, Na, Ni, P, Pb, Se, Si, Sn, Ti, V, Zn.

Из обследованных 3602 жителей г. Новосибирска встречались: свинец у 428 человек – 11,9%; кадмий у 408 человек – 11,3%; алюминий у 346 человек – 9,6%; олово у 165 человек – 4,5%; титан у 152 человек – 4,2%; ванадий у 146 человек – 4,0%; никель у 116 человек – 3,2%; мышьяк у 75 человек – 2,0%; ртуть у 66 человек – 1,8%. Наиболее часто накоплению Pb и Cd сопутствуют дефициты: Zn - 89%, Mg - 76,2%, Ca - 57,1%, P - 65% и др. Известно, что дефициты Ca и P лежат в основе развития кариозного процесса. Магний-дефицитная диета негативно влияет на костную ткань вокруг имплантата, вызывая уменьшение плотности расположения костных балок и толщину пластинки компактной кости. Полученные результаты свидетельствуют о значительных изменениях в обмене биоэлементов, что является биохимическим субстратом для развития стоматологической патологии у жителей Новосибирска.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ ПЛОДА В УСЛОВИЯХ ВИБРОВОЗДЕЙСТВИЯ

Залавина О. А., Скрипалёва Т. П., Бирюкова М. В.
Новосибирский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Залавина С. В., к.м.н., доц.- Апраксина Е. Ю.

Научно-технический прогресс ведёт к интенсификации современного производства, к созданию новых видов технологических процессов, росту мощности оборудования, что сопровождается увеличением генерируемых уровней шума и вибрации. Ряд признаков вибрационной патологии проявляется на органах полости рта задолго до развития её основных симптомов. Доказано, что патология новорожденности, детства и всего периода жизни может быть обусловлена неблагоприятными воздействиями в период внутриутробного развития. Цель исследования - изучить морфологические особенности челюстей 20- и дневных плодов при вибровоздействии.

Вибровоздействие осуществлялось на крыс Wistar в период с 9 по 18 сутки беременности. На 20 сутки беременности животных выводили из опыта. Исследовались: 1 гр.-плоды от интактной беременности, 2 гр.-плоды от беременности при вибрации. Проводилась морфометрия челюстей плодов на светооптическом уровне методом точечного счёта. Определялись биоэлементы в печени матери.

При микроскопии хорошо видны формирующиеся костные балки челюстей, разделённые участками мезенхимы. В контрольной группе костные балки имеют равномерную ширину, ровные контуры и округлые очертания. При вибрации балки приобретают угловатые контуры, имеют участки сужения и расширения. Балки расположены плотнее. Общая площадь костных балок растёт на 11,7%, что сочетается с уменьшением на 3% мезенхимы и увеличением площади гемокapилляров на 6%. Происходит увеличение толщины дентина на 45% в зубных зачатках плода. Вибрация приводит к снижению количества по сравнению с контролем Ca на 25%, Mg на 15%, Fe на 17%.

Результаты свидетельствуют об ускорении темпов формирования костных структур челюстей и твёрдых тканей зубных зачатков, что сочетается со снижением количества биоэлементов в системе мать-плод. Выявленные отклонения являются тем морфофункциональным субстратом, который вызывает изменения в пренатальном онтогенезе зубочелюстных сегментов плода, и являются основой для формирования стоматологической патологии в постнатальный период жизни.

ПРИМЕНЕНИЕ НЕЙЛОНОВЫХ ПРОТЕЗОВ В КЛИНИКЕ

Низамутдинова Д.Ш., Салеева Л.Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - асс. Валеев М.Б.

Нейлоновые зубные протезы - это съёмные протезы, изготовленные из термопласта - вид пластмасса, способный обратимо переходить при нагревании в высокоэластичное состояние.

Преимущество нейлоновых протезов.

1. Нейлон - биосовместимый термопластический материал с уникальными физическими и эстетическими свойствами. Протезы из нейлона лишены металла, поэтому у пациентов, уже носящих протезы, содержащие металлы, не возникает неприятных ощущений, связанных с ионным обменом.

2. Это протезы-невидимки, потому что для их фиксации используются дентоальвеолярные кламмера, которые сливаются с цветом и структурой естественных тканей.

3. "Неагрессивный" метод протезирования - не требуется препарирования опорных зубов.

4. Нейлон полностью лишен мономера и это выход для пациентов, страдающих аллергией.

5. Нейлоновые протезы изготавливаются методом горячего впрыска, поэтому они имеют точную посадку и стабильную фиксацию.

Нейлоновый зубной протез – это съемный протез, и как бы ни старались стоматолог и зубной техник, какие бы материалы они не применяли, съемный протез всегда будет оставаться съемным протезом со всеми вытекающими следствиями:

1.Нарушение дикции, слюноотделения, теплопроводности, орального комфорта. Все эти эффекты преодолимы и сводятся к минимуму при правильной работе стоматологической команды – врач и зубной техник.

2.Недолгий срок службы.

3. Травма краевой десны в области крайних зубов. Мягкие нейлоновые зубные протезы имеют кламмера, которые выполнены не из металла, а из эластичного нейлона. Эластичные кламмера не способны передавать жевательное давление на зубы, и поэтому все давление, которое испытывает протез передается на слизистую оболочку протезного ложа, что приводит к повышенной атрофии костной ткани под протезом и к уменьшению толщины слизистой оболочки.

7 Упругая деформация протезов во время жевания. Нейлоновые зубные протезы имеют эластичный и гибкий каркас. Это приводит к тому, что кусая что-то стороной протеза, жевательное давление не будет распределяться по всему протезу и равномерно передаваться на слизистую.

Учитывая вышеизложенное и клинический опыт, можно рекомендовать нейлоновые протезы как промежуточные или временные протезы перед имплантацией, а также в период изготовления постоянных протезов.

КОНУСНО-ЛУЧЕВАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В КЛИНИКЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Баязитова З. А., Гилязов Б. И.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - асс. Валеев М. Б., Астафьева А.А.

Конусно-лучевая компьютерная томография— это современный рентгеновский метод исследования, разновидность компьютерной томографии, применяющийся для диагностики в челюстно-лицевой области, заданного объема тканей интересующей области тела человека с возможностью послойного изучения во всех трех плоскостях. Плюсы: -безопасность: более низкая, чем при спиральной компьютерной томографии, лучевая нагрузка; -пространственность: происходит визуализация зон интереса в объеме; -достоверность: отсутствие наложений анатомических структур и искажений их размеров; - быстрота исследования. Минусы: -высокая стоимость обследования; -отсроченность результатов: время, затраченное на «обработку», варьируется от 30 минут до 1,5 часов. При планировании дентальной имплантации: -На этапе планирования: определение высоты, ширины альвеолярного отростка, расстояния от края альвеолярного отростка до важных анатомических образований, плотности и структуры костной ткани в области предполагаемой имплантации; -На этапах послеоперационного контроля: определение характера остеоинтеграции, изменений в структуре костной ткани в области имплантационного вмешательства; корректность установки имплантатов по отношению к анатомическим образованиям. -Выявление перспективных и безопасных зон для забора аутокости у пациентов. Вывод: сама конусно-лучевая компьютерная томография представляет собой предельно перспективную технологию, которая обязательно будет совершенствоваться. В ней воплотились важные преимущества – минимальное излучение, достойное качество изображения, высокая скорость проводимого исследования. 3D компьютерная томография дает возможность доктору мыслить объёмно, а не оценивать состояние трёхмерных объектов по плоскостному рентгенологическому снимку. Результаты обследования становятся очевидными и понятными для пациента. 3D компьютерная томография - это самый надежный и короткий путь к правильной диагностике и успешному лечению, необходимый этап при планировании имплантации и в постоперационном периоде.

ПРИМЕНЕНИЕ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И КОРОТКОЦЕПОЧЕЧНЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ ДЛЯ ВЫБОРА ОПТИМАЛЬНОГО СПОСОБА ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ

Турусова Е.В.

Саратовский государственный медицинский университет

Руководитель - д.м.н., проф. Булкина Н.В.

В последние годы важной медицинской и социальной проблемой стал генерализованный пародонти. Среди прочих биологически активных веществ самым неоднозначным продуктом жизнедеятельности анаэробных бактерий можно считать короткоцепочечные жирные кислоты (КЖК), которые не только отражают активность микрофлоры в полости рта, но также обладают самостоятельным провоспалительным действием. Важнейшими показателями эффективности стоматологического лечения являются не только клинико-лабораторные параметры, но и точные, количественно определяемые критерии качества жизни, основанные на субъективном восприятии пациентом исходов лечения.

Цель исследования. Оценка влияния дефектов зубных рядов и способов ортопедической реабилитации на течение генерализованного пародонтита посредством изучения качества жизни (КЖ) пациентов и изменения биохимических показателей ротовой жидкости.

Материалы и методы. Объектом исследования стало 200 человек в возрасте от 25 до 45 лет. Анкетирование проводилось с помощью разработанной нами анкеты и стоматологического опросника КЖ ОНIP-14. В последующем был проведен осмотр полости рта всех пациентов.

Результаты исследования. Исследование показало, что заболевания полости рта существенно снижают КЖ, причем наибольшее ухудшение КЖ отмечают пациенты с генерализованным пародонтитом и включенными средними дефектами зубных рядов. Исследование КЖ выявило, что при заболеваниях пародонта преобладает масляная кислота над уксусной и пропионовой кислотами, а также отмечается снижение анаэробного индекса в кислую сторону и разрушение приэпителиального слоя

защиты, что свидетельствует о преобладании анаэробного звена микрофлоры над аэробным. Анализ опросников и биохимических данных, выявил, что наиболее эффективным способом ортопедической реабилитации пациентов с генерализованным пародонтизом является дентальная имплантация.

Заключение. Таким образом, результаты исследования позволяют сделать вывод, что протезирование на дентальных имплантатах является более предпочтительным методом ортопедической реабилитации у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта.

ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЯ, КАК НЕОБХОДИМЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ЗУБО-ЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ

**Усманова Г.И., Киселева И.И.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - асс. Валеев М. Б., Астафьева А.А.**

Электромиография (ЭМГ)— метод исследования биоэлектрических потенциалов, возникающих в скелетных мышцах человека и животных при возбуждении мышечных волокон.

Метод позволяет объективно оценивать степень выраженности патологического процесса при аномалиях окклюзии, протезировании зубов, при болевых синдромах челюстно-лицевой области, позволяет стоматологу выявить пограничные патологические процессы.

Два основных способа получения электромиограмм: накожные и игольчатые электроды. Накожные электроды позволяют регистрировать активность нескольких мышц суммарно. С помощью введенных в мышцу игольчатых электродов улавливают колебания потенциала в отдельных мышечных волокнах или в группе мышечных волокон, иннервируемых одним мотонейроном.

Процедура миографии проводится в положении больного лежа или сидя в специальном кресле, где он может расслабиться. Вначале пальпаторно определяют примерную локализацию моторных точек височных и собственно-жевательных мышц. Далее в мышцу вводится игла электрода. Сам электрод подключается к электромиографу, который регистрирует электрическую активность мышцы.

Вначале регистрируются потенциалы мышцы, которая находится в покое. После этого врач просит медленно сократить мышцу. При этом также проводится регистрация электрических потенциалов мышцы.

Сам электрод в ходе процедуры может вводиться в разные участки мышцы или в разные мышцы. Это зависит от целей электромиографии. Сама электрическая активность мышцы (мышц) видна в виде зубцов и волн. При этом эти данные могут быть видны как на мониторе, так и записываться на специальной бумажной ленте.

Таким образом, различные способы электромиографии позволяют проводить дифференциальную диагностику причин нарушений функционального состояния нейромоторного аппарата челюстно-лицевой области, а регистрация их в динамике - контролировать репаративные процессы, эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий у пострадавших.

В настоящее время полноценная оценка нарушения жевания, выбор конструкции и качества протезирования невозможно без метода электромиографии.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ СРЕДИ СТУДЕНТОВ IV КУРСА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА КГМУ

**Цветков Н.Ю.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Хамитова Н.Х.**

Зубочелюстные аномалии занимают по распространенности одно из ведущих мест среди основных стоматологических заболеваний. Нарушение структуры и функции зубочелюстного аппарата может являться причиной развития соматических заболеваний или свидетельствовать об их возникновении. На возникновение и развитие зубочелюстных аномалий влияет огромное количество факторов, что обуславливает необходимость в ортодонтических лечебно-профилактических мероприятиях.

В жизни каждого человека немаловажное значение имеет эстетическое состояние лица.

Нарушения в развитии зубочелюстной системы несут с собой ущерб не только здоровью человека, но и его адаптации в социальной среде.

В рамках данной работы была изучена распространенность зубочелюстных аномалий и деформаций у студентов IV курса стоматологического факультета, и по результатам определен процент проведенного на момент исследования ортодонтического лечения.

Было обследовано 59 студентов разных возрастных групп от 19 до 27 лет, из них девушек 35, юношей 24.

Обследование показало, что у 29 студентов (49,15%) наблюдались зубочелюстные аномалии, у 16 девушек и 13 юношей.

Среди аномалии прикуса наиболее часто встречаются перекрестный прикус – у 3 обследуемых (37,5%), глубокий прикус – у 2 обследуемых (25%), открытый, дистальный, мезиальный прикусы – по 1 обследуемому (12,5%).

Также была исследована заинтересованность студентов в лечебно-профилактическом ортодонтическом лечении: из 59 обследованных студентов, 5 студентов (8,47%) проходили ортодонтическое лечение, 11 студентов (18,64%) планируют провести лечение в будущем, 4 студента (6,77%) проходят лечение в настоящее время и 38 студентов (64,4%) не заинтересованы в ортодонтическом лечении.

Выводы: В ходе обследования студентов IV курса стоматологического факультета установлена высокая распространенность аномалий зубочелюстной системы (свыше 40%). Около 28% из числа выявленных имеют аномалии прикуса, что является показанием для аппаратного лечения. Однако чаще диагностировались аномалии положения зубов, среди которых преобладают диастема и тортоаномалия – 6,8% и 5% соответственно от общего числа обследованных. Заинтересованность в ортодонтическом лечении крайне низкая, более половины обследованных при наличии зубочелюстных аномалий не планируют ортодонтического лечения.

АНТИСЕПТИЧЕСКИЕ ПОВЯЗКИ В ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Фазлиева Л.И., Гаврильчик Т.С.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., асс. Гилязиев М.Г.

В настоящее время в общей стоматологии используется огромное количество антисептиков, но не все из них возможно использовать в детской стоматологии. Антисептик - химический препарат, уничтожающий или подавляющий рост болезнетворных бактерий и других микроорганизмов. В основном антисептики используют для лечения инфицированных ран, при поражении микроорганизмами кожных покровов и слизистых оболочек. Механизм действия разных препаратов неодинаков. Это может быть связано с денатурацией белка, нарушением проницаемости плазматической мембраны, торможением важных для жизнедеятельности микроорганизмов ферментов. Все антисептики имеют разную степень активности, неодинаковые спектры антимикробного действия, токсичность и влияние на обрабатываемые объекты и, как следствие, широкую сферу применения. Знание свойств и особенностей антисептических средств необходимо для их правильного выбора и эффективного применения в соответствии с поставленной целью. Целью нашего обзора состояло рассмотрение основных современных антисептических препаратов и возможности их использования в детской стоматологии. Согласно «Справочника лекарственных средств Видала 2012» нами проведен анализ современных антисептиков с учетом лекарственной формы, показаний к их применению, способов употребления. Так, все используемые антисептики делятся на 4 группы: препараты для наружного применения, препараты для местного применения, препараты для наружного и местного применения, прочие препараты комбинированного состава. В зависимости от клинической ситуации наложение антисептической повязки может быть направлено на решение следующих задач: уменьшение болевых ощущений; уничтожение патогенной микрофлоры инфицированных тканей; профилактику инфицирования ран; купирование воспалительных явлений в периапикальных тканях и на слизистой оболочке полости рта; стимуляция репаративных процессов. Проведенный литературный анализ показал: в настоящее время существует большое разнообразие антисептических препаратов, позволяющих использовать их в детской стоматологии; лекарственные формы антисептиков представлены не только в виде растворов, но и в виде спрея, гелей, таблеток и пастилок для рассасывания; существуют различные способы применения данных препаратов.

ОПТИМИЗАЦИЯ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ЗА СЧЕТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ УСТРОЙСТВ СКЕЛЕТНОЙ ОПОРЫ

Венатовская Н.Н.

Саратовский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., доц. Суетенков Д.Е.

Цель работы: определение возможностей повышения эффективности ортодонтического лечения дистальной окклюзии за счёт использования скелетной опоры.

Материалы и методы. На ортодонтическом лечении с 2009 по 2011 год с диагнозом «дистальная окклюзия» находились 23 пациента в возрасте от 19 до 27 лет. В исследование вошли пациенты, которым проводилось ортодонтическое лечение с экстракцией 14, 24 зубов с использованием SWA техники и брекет-систем Innovation R, Innovation C, GAC. Пациенты были разделены на 2 группы: в первой закрытие постэкстракционных промежутков и коррекция окклюзии проводилась с помощью эластической тяги, во второй для дополнительной опоры пациентам были зафиксированы ортодонтические микроимплантаты Vector TAS, Ormco и ОМИ Конмет (8 x 1,4 мм) в области зубов 15-16 и 25-26. Группы состояли из 13 и 10 человек соответственно.

Результаты. В первой группе закрытие постэкстракционных промежутков происходило в течение 4-6 месяцев, во второй - 3-3,5 месяца, частота посещений в первой группе выше, что связано с необходимостью регулярной замены эластической тяги. При использовании полнопазных дуг потеря торка в первой группе была выше на 6-9 градусов, чем во второй, что объясняется косым направлением вектора тяги. Жалобы на дискомфорт у пациентов первой группы при добавлении к ортодонтической аппаратуре эластиков отсутствовали, а во второй группе после фиксации микроимплантатов наблюдались в 20% случаев. В ходе лечения развитие катарального гингивита наблюдалось в 38%, гипертрофического в 15% случаев в первой группе, что связано с ухудшением уровня гигиены при использовании эластиков, и 10% и 0% соответственно - во второй группе. Кроме того у пациентов со скелетной опорой в 20% случаев наблюдалась гипертрофия слизистой оболочки вокруг головки микроимплантата, отёк и гиперемия окружающих тканей. При наложении боковых ТРГ до и после лечения отмечалась мезиализация медиального контура верхнего первого постоянного моляра в среднем на 1,5-2 мм в первой группе и отсутствовала во второй. Введение в межзубное пространство микроимплантатов блокировало развитие этого эффекта.

Выводы. При ортодонтической коррекции дистальной окклюзии у взрослых пациентов для повышения эффективности лечения и стабильного результата наиболее целесообразно использование скелетной опоры.

ПРЕЦИЗИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ НА ИМПЛАНТАТАХ

Тарасова А.О., Гусамова А.Р.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - д.м.н., проф. Хафизов Р.Г.

Для успешного и долговременного функционирования дентального имплантата необходимо правильное распределение нагрузки и отсутствие напряжения, возникающих после фиксации супраструктуры. При наличии их на имплантат воздействуют силы, направленные по касательной, горизонтально и вертикально, но смещенные относительно оси имплантата, что приводит к неравномерному распределению механического напряжения в костной ткани, и, как следствие, к нарушению физиологической регенерации кости и ее резорбции. Общепринятая методика изготовления зубных протезов предусматривает изготовление каркасов супраструктур методом штамповки, литья, водородной пайки и лазерной сварки. Однако используя только вышеперечисленные способы невозможно достичь точной припасовки и ненапряженной пассивной посадки зубных протезов. Надежной и современной технологией для пассивации каркасов на имплантатах является метод искровой эрозии, основанный на электрических разрядных процессах (искрах) между электродом (инструментом) и проводящей заготовкой. При использовании метода искровой эрозии не разделяют супраструктуру и не соединяют повторной сваркой, так как эти процессы могут вызвать новые нарушения точности прилегания супраструктуры к имплантатам, и в ту же очередь, достигают высокой точности прилегания и

наложения без напряжения опорных частей имплантатов. Для проверки пассивного наложения супраконструкции на имплантатах, можно использовать Шеффилд-тест. Для этого на модели супраструктура фиксируется одним винтом внешнего края конструкции к аналогу имплантата и к имплантату или опорной части при контроле в полости рта. При этом должен отсутствовать зазор между супраструктурой и имплантатом, что наблюдается только после обработки электроэрозионным способом. Таким образом, метод электроэрозионной обработки является необходимым способом коррекции соединительных узлов при изготовлении конструкций зубных протезов с опорой на дентальные имплантаты, что обеспечивает полную пассивную прецизионную посадку супраконструкции на имплантатах.

СИСТЕМА КОМПЬЮТЕРНОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ И ИЗГОТОВЛЕНИЯ БЕЗМЕТАЛЛОВЫХ КОНСТРУКЦИЙ НА ОСНОВЕ ОКСИДА ЦИРКОНИЯ

Гарипов А.Х.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - асс. Валеев М.Б.**

Несмотря на все достоинства, металлокерамические конструкции не всегда удовлетворяют высоким эстетическим требованиям, особенно в области передних зубов. Чаще всего причина – металлический каркас, дающий оттенок десневому краю и искажающий керамическое покрытие. В этих случаях методом выбора является цельнокерамическая коронка на основе оксида циркония. Керамика для изготовления каркасов на основе оксида циркония используется в сочетании со специально разработанной облицовочной керамикой. Каркасы конструкций изготавливаются посредством CAD/CAM технологии (сканирование, компьютерное моделирование и фрезерование) из предварительно спеченных блоков оксида циркония. Реставрации обладают высокой точностью прилегания благодаря процессу изготовления каркаса с учетом точно рассчитанной усадки при обжиге в высокотемпературной печи.

Для реставрации требуется препарирование с уступом. Угол препарирования должен составлять 4° или более. Это необходимо из-за применения сканера с использованием света: невозможно аккуратное и точное сканирование штампа под углом меньше 4°. Внутренний угол уступа должен иметь закругленный контур. При препарировании под цельнокерамическую реставрацию возможно меньшее снятие зубных тканей благодаря малой толщине стенок каркаса (0,5 мм). Точное прилегание протезов и их оптические свойства делают возможным наддесневое препарирование.

Высокая точность краевого прилегания достигается благодаря процедуре прецизионного фрезерования и возможным программному обеспечению, позволяющего рассчитать усадку при обжиге. Толщина цементного слоя учитывается в соответствии с индивидуальными требованиями. Благодаря высокой прочности и стабильности оксида циркония показания для безметалловых конструкций включают реставрацию как фронтальных, так и жевательных зубов.

Из-за того, что окончательная обработка каркасов из оксида циркония проводится в предварительно спеченном состоянии исключается риск появления дефектов в микроструктуре материала и это становится залогом долговременного успешного функционирования безметалловой конструкции.

СПОСОБЫ УЛУЧШЕНИЯ АДГЕЗИИ ПЛАСТМАССЫ К МЕТАЛЛУ

Нургаянов И.И.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - асс. Валеев М.Б.**

Существенные качественные изменения в стоматологической практике вызваны разработкой и внедрением новых материалов, приборов и технологий.

Адгезивная стоматология стимулировала появление современных методик лечения и новых адгезивных материалов с повышенной силой сцепления. Это в свою очередь привело к появлению и развитию различных способов поверхностной обработки металла и пластмассы.

Макромеханическое соединение — это один из старейших методов, который используется для удержания металлических реставраций и позволяет композиту проникать в металл. В разное время применялись перфорированные конструкции (комбинированные коронки), механические перлы, изготавливаемые заводским путем литые петли, обеспечивающие наличие поднутрений на поверхности сцепления. Макромеханическая ретенция имеет следующие недостатки: ненадежное соединение, формирование щелей и микронарушение краевого прилегания; возникающие из-за разницы в коэффициентах теплового расширения.

Система микромеханического соединения предполагает обязательную пескоструйную обработку. Однако сила сцепления между композитом и металлом при применении только пескоструйной обработки мала.

Химическое соединение металлического каркаса и композита — самый надежный способ сцепления.

На кафедре ортопедической стоматологии предложен метод ионноплазменной обработки поверхности для создания высококачественного химического соединения металл-полимер. Предложенным способом металлический каркас CoCr и TiNi проходят ионноплазменную обработку на приборе вакуумный универсальный пост (ВУП-5). Очистка проходит в атмосферном кислороде при давлении паров 70-80 Па в течение 20 минут. Затем в той же камере наносят тонкое полимерное покрытие, которое подвергается бомбардировке Ar⁺ в режиме атомов отдачи. На границе раздела полимер-металл формируется тонкий слой состоящий из смеси атомов металла и обеспечивающий высокую адгезионную прочность. Последующий слой полимера наносится традиционным способом.

КЕЛОИДНЫЕ РУБЦЫ В ЧЛО

Патшина Е.Н., Эдвардссон Г.Г.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., асс. Уткузов А.Р.**

Наше исследование посвящено вопросам профилактики и лечения келоидных рубцов в ЧЛО. Проблема рубцов в ЧЛО — значимый и интенсивный психотравмирующий фактор, напрямую определяющий «качество жизни» пациента: келоиды способны возникать преимущественно на так называемых «келоидоопасных участках» — область шеи, подбородок, углы рта, губы, носогубные складки, внутренние углы глаз, мочки уха.

Патогенез образования келоида остается неясным. Экзогенные и эндогенные причины образования келоида: травмы, лучевая терапия, ожоги, раны (в т.ч. и хирургические), инъекции, косметические проколы ушных мочек, воспалительные процессы в коже(например, акне); иногда – без видимых причин. Истинный(спонтанный) келоид возникает на видимо не измененной коже; ложный – на месте рубца после травмы (механической, термической, химической и др.) или гнойного заболевания(например, фурункула); аутоагрессия на собственную незрелую соединительную ткань. Нарушение синтеза коллагена, возможно, определяется генетическими отклонениями; - задержка процессов окончательной дифференцировки клеточных элементов, увеличение сроков состояния их активности, а также развитие соединительной ткани по эмбриональному типу.

Своевременная профилактика патологического рубцевания – наиболее обоснованный подход к терапии рубцов. Основная цель комплексного лечения келоида к переводу его в нормотрофический рубец.

Методы лечения: использование силиконового геля/покрытия, инъекции кортикостероидов в область рубца, хирургическое иссечение, лучевая терапия, компрессия(давление), мазевая терапия, лазерная обработка, криотерапия. Характер лечения определяется локализацией, глубиной повреждения, его размером, а также возрастом пациентам и ответом на лечение.

Рецидивы после хирургического вмешательства наблюдаются у 55% пациентов, что требует последующей длительной консервативной противорецидивной терапии. Удаление келоидных рубцов любым из методов можно считать эффективным только в случае, если рецидивы не возникают в течении двух лет.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕМИНЕРАЛИЗУЮЩЕГО ГЕЛЯ У ПАЦИЕНТОВ С НЕСЪЕМНЫМИ КОНСТРУКЦИЯМИ

Торгашина А.Г.
Саратовский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., асс. Егорова А.В.

Наличие ортодонтических конструкций в полости рта является фактором, затрудняющим гигиену зубов. Микроорганизмы зубного налета продуцируют вещества, при длительном воздействии которых возникает деминерализация эмали, приводящая к кариесу.

Цель. Оценить эффективность применения реминерализующих средств у пациентов, находящихся на ортодонтическом лечении несъемными конструкциями.

Материалы и методы. Обследовано 64 пациента 14 - 18 лет, находящихся на ортодонтическом лечении брекет – техникой.

Уровень резистентности эмали определяется с помощью ТЭР-теста. На очищенную и высушенную вестибулярную поверхность верхнего центрального резца наносят каплю 1N соляной кислоты. Через 30 секунд кислоту смывают дистиллированной водой и высушивают поверхность зуба. Степень деминерализации эмали оценивают по интенсивности прокрашивания 1% раствором метиленового синего. Краситель снимают с поверхности зуба сухим ватным тампоном спустя 60 секунд. Для оценки результатов рекомендовано использование десятипольной шкалы синего цвета. Интенсивность окрашивания протравленного участка эмали до 30% характеризует нормальную кислотоустойчивость зубов, а от 40% и выше, напротив, указывает на снижение устойчивости эмали. ТЭР – тест был адаптирован для пациентов с брекетами, поэтому окрашиваемый участок располагался на середине расстояния между верхним краем брекета и десневым краем.

Полученные результаты. Пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа включала кариесрезистентных больных (ТЭР-тест до 30%, n=32); 2-я группа кариесвосприимчивых (ТЭР-тест более 30%, n=32). Через 24 часа у пациентов 1-й группы окрашивание отсутствовало. У 2-й группы наблюдалось снижение интенсивности окрашивания эмали в среднем на 20%. Всем пациентам было назначено ежедневное использование реминерализующего геля R.O.C.S. mineral medical в течение 1 месяца.

Спустя 1 месяц использования геля R.O.C.S. mineral medical у пациентов первой группы (ТЭР-тест до 30%) показатели резистентности эмали сохранились на том же высоком уровне. Во второй группе (ТЭР-тест более 30%) уровень резистентности повысился на 10% по сравнению с первичными данными.

Выводы. Применение реминерализующего геля R.O.C.S. mineral medical у пациентов, находящихся на лечении брекет-техникой, позволяет снизить риск возникновения кариеса зубов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕМИНЕРАЛИЗУЮЩЕГО ГЕЛЯ R.O.C.S. MEDICAL MINERALS НА ПОДГОТОВИТЕЛЬНОМ ЭТАПЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Гриценко Е. А.
Саратовский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Суетенков Д.Е.

Целью исследования было изучение изменения характера поверхности, химического состава эмали протравленного и интактного участка в процессе использования геля R.O.C.S. Medical Minerals и определение времени необходимого для появления этих изменений.

Материалы и методы. По плану лечения пациенту предстояло удаление четырех премоляров для реконструкции зубного ряда. Таким образом мы имели, в качестве материала для исследования 4 зуба с протравленной и интактной поверхностью до использования реминерализующего геля, через неделю, через две и через три недели использования R.O.C.S. Medical Minerals в индивидуальных капках. Микроскопическое исследование проводилось на увеличении зоны исследования до 50, 100 и 500 нм.

Результаты и выводы: Видимые изменения поверхности эмали наблюдались со второй недели использования реминерализующего геля. Снижение рельефности поверхности, уменьшение объема микропространств, отложение минерального компонента, восстановление поверхностного слоя эмалевых призм наблюдалось на протяжении всего исследования.

При анализе минерального состава твердых тканей зубов в норме выявлены закономерные изменения содержания ряда основных элементов, а именно кальция, фосфора, магния и фтора (Ca, P, Mg, F). Величина Ca/P коэффициента по результатам исследования участков с заведомо нанесенной травмой составила 3,4, интактных участков - 2,3. Через 4 недели использования реминерализующего препарата величина молярного Ca/P коэффициента составила 1,7, что является характерным для оптимального состава твердых тканей зуба. Вместе с тем наблюдалось увеличение количества фтора в поверхностном слое эмали, что связано с естественной реминерализующей функцией слюны, которая качественно улучшилась в условиях адекватной гигиены полости рта и проведенной местной экзогенной реминерализующей терапии и применения фторидсодержащих паст.

На основе полученных данных можно сделать вывод, что применение реминерализующего геля R.O.C.S. Medical Minerals целесообразно назначать за 4 недели до начала аппаратного метода лечения ортодонтической патологии после проведения профессиональной гигиены полости рта и обучения стандартному методу чистки зубов.

СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА

ДЕТОУБИЙСТВО: СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ

Мазитова К.Н.

Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., доц. Спиридонов В.А.

Проблема детоубийства в России в настоящее время продолжает быть актуальной. По официальным данным Министерства внутренних дел РФ, только за 2010—2011 годы было зарегистрировано 268 преступлений, квалифицированных по статье 106 Уголовного кодекса РФ: «Убийство матерью новорожденного ребенка во время или сразу же после родов, а равно убийство матерью новорожденного ребенка в условиях психотравмирующей ситуации или в состоянии психического расстройства, не исключающего вменяемости».

Судебно-медицинская экспертиза трупов новорожденных ставит перед экспертом ряд вопросов: новорожденный ли ребенок, живорожденный или мертворожденный, жизнеспособен ли был младенец, причина смерти. Первостепенное значение для расследования детоубийств имеет установление времени и места совершения данного преступления. Установление места преступления по делам о детоубийстве практически сразу же дает указание на круг лиц, причастных к содеянному. Следует иметь в виду, что чаще всего место обнаружения трупа новорожденного не является местом его убийства. Однако оно является обстоятельством, позволяющим сделать вывод о том, что место преступления находится рядом, исходя из специфики данного деяния и учитывая состояние женщины после родов.

Нами были исследованы 10 трупов младенцев, по смерти которых завели уголовные дела по ст. 106 УК РФ.

Случай из практики.

На станцию скорой помощи поступил вызов к гражданке М. Ее доставили в ЦРБ. В ходе осмотра возникло подозрение, что недавно у нее были роды. Сотрудникам полиции М. призналась, что в этот день родила живую девочку. Пояснила, что беременность была не желанная. На учет в консультацию она не встала. Про беременность никому не говорила. На сроке 8 месяцев произошли преждевременные роды. М. решила избавиться от ребенка. Завернула девочку в плотную ткань, чтобы приглушить плач, и отнесла ребенка на чердак своего дома, завалив мусором. Где и был обнаружен труп ребенка вместе с плацентой.

Можно сделать выводы, что судебно-медицинская экспертиза трупов новорожденных очень сложная, т.к. необходимо установить, имело ли место лишение жизни ребенка или он родился мертвым. Если установлен насильственный характер смерти новорожденного, важно решить, не является ли наступление смерти результатом несчастного случая во время родов.

ОСОБЕННОСТИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ТОКСИМЕТРИИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ УГАРНЫМ ГАЗОМ, СОЧЕТАННЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ

Сиразитдинов М.Р.

Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., доц. Спиридонов В.А.

Приведены данные по определению общей токсичности окиси углерода (СО) с учетом пола, возраста и на фоне различных степеней алкогольного опьянения; изучены концентрационные пороги клинических и морфологических параметров карбоксигемоглобина в сочетании с алкогольной интоксикацией; дана экспертная оценка токсикокинетики СО на фоне алкогольной интоксикации. В ходе исследования определены информативные клинические и морфологические признаки отравления СО, основные параметры кинетики карбоксигемоглобина и последовательность клинико-морфологических эффектов яда на фоне алкогольного опьянения. Полученные данные позволяют точно установить конкретную непосредственную причину смерти при отравлениях угарным газом и этиловым спиртом.

Было проанализировано 250 случаев отравлений угарным газом. Сбор материала проводился по историям болезни (250) за период 2009—2012 гг.

Во всех экспертных случаях отравление угарным газом было подтверждено материалами уголовных дел, клинической картиной отравления, результатами вскрытия трупов и токсикологическими, судебно-химическими и судебно-гистологическими исследованиями.

Большинство отравлений явилось следствием несчастных случаев 226 (90,4%), в 9 (3,6%) случаях отравление было предпринято с целью самоубийства и только в 3 (2,1%) случаях отравление угарным газом совершалось с целью умышленного убийства, в остальных 12 (4,8%) — мотивы отравления выяснить не удалось. Большинство отравившихся были в возрасте 30—50 лет. Смерть потерпевших в подавляющем большинстве случаев (226, или 90,4%) наступала на месте происшествия, в 3 (1,2%) случаях летальный исход последовал в лечебных учреждениях. Длительность переживания составляла от нескольких часов до 16,2±4,8 сут. Значительное количество бытовых отравлений приходилось на холодное время года (декабрь—февраль).

В 29 (11,6%) случаях отравления СО носили групповой характер, когда одновременному воздействию яда подвергались от 2 до 8 человек. Большинство отравившихся (137, или 54,8%) находились в состоянии алкогольного опьянения. Концентрация этилового спирта в крови колебалась от 0,25 до 5,3%.

АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ СМЕРТИ ОТ ОСТРОГО ОТРАВЛЕНИЯ ОКИСЬЮ УГЛЕРОДА В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН ЗА 2012 ГОД

Сиразитдинов М.Р.

Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., доц. Колянов В.А.

Целью данного исследования стало изучение статистических показателей случаев смерти отравления окисью углерода, их зависимости от пола и возраста, места жительства, времени года, места происшествия (наступления смерти), количественного содержания карбоксигемоглобина и алкоголя в крови.

По данным анализа архива Республиканского Бюро Судебно - Медицинской экспертизы за 2012г. по Татарстану зафиксировано 64 случая отравления окисью углерода. Среди умерших, мужчины составили 48 случая (75%), а женщины - 16 случа-

ев (25%). В возрастной структуре максимальное число случаев приходится на возраст 50-70 лет, на втором месте период от 25-50 лет. Среди лиц мужского пола большинство случаев отравлений отмечено в возрастных группах 50 - 70 лет (37.5%) и 25 - 50 лет (25%), и женщин в возрасте от 50-70 лет (12.5%) и 25-50 лет (4.7%). В возрасте до 25 лет отмечено одинаковое количество по 3 случаям мужчин и женщин процентном отношении (4.7%) каждого пола. В возрастной категории от 70 и старше, мужчин (7.8%) и женщин (3.1%). Местом происшествия (наступления смерти) в большинстве случаев являлись частные дома - 45%, на 2-ом месте в квартирах (39%), незначительное количество приходилось на легковые автомобили - 2 случая (4.5%), в банях 5 человек (11.5%).

Сезонное распределение отравлений выглядит следующим образом: в основном, пик приходится на зимний период 42% далее по убывающей, осень - 27%, весна - 23% и лето - 8%. По дням недели наименьшее количество приходится на вторник (3%), в остальные дни количество случаев примерно одинаковое. Из числа умерших в результате отравлений окисью углерода более половины находились в состоянии алкогольного опьянения - 63%. Легкая степень опьянения отмечена в 29,6% случаев, средняя - 18,3%, сильная - 52,1%.

По количественному содержанию карбоксигемоглобина в крови случаи распределились: содержание в крови до 50% - в 15,1% случаев, 50 - 80% - 45,5% и свыше 80% - 39,4%.

Анализ случаев отравления по районам Татарстана: Приволжский район (20%), Авиастроительный район (17.5%), Вахитовский район (15%), Верхнеуслонский и Высокогорский районы по (10%), Советский и Арский районы по (7,5%), Лаишевский район (5%), Кировский, Рыбно-Слободской и Пестречинский районы по (2.5%).

Случаев самоубийства (суицида), за указанный период не отмечено.

ОСОБЕННОСТИ ИЗЪЯТИЯ И НАПРАВЛЕНИЯ ВЕЩЕСТВЕННЫХ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ С ЦЕЛЬЮ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИКО-КРИМИНАЛИСТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Сиразитдинов М.Р.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - д.м.н., доц. Колянов В.А.

За истекший 2011 год в г. Казани было проведено 779 медико-криминалистических исследований (экспертиз). Объектами исследования послужили: органокомплекс шеи – 98, фрагменты аорты – 39, лоскуты кожи с повреждениями – 222, изъятые от трупа ребра – 5, одежда – 98 случаев.

1. В 8,2% от общего количества исследований органокомплексов шеи нами были выявлены следующие дефекты:

а) Изъятие языка вместе с органокомплексом шеи нецелесообразно, так как язык в последующем не будет являться объектом исследования, кроме того, наличие языка затрудняет предварительную подготовку объектов к исследованию.

б) В ряде случаев на представленных хрящах гортани по задней поверхности проходят секционные разрезы, что не всегда позволяет дифференцировать повреждения, имевшиеся на хрящах гортани, от причиненных экспертом, при изъятии.

2. Исследование фрагментов аорты для определения микрочастиц копоти. Целесообразно выбирать для изъятия участок аорты с наименьшим количеством и калибром, отходящих от него сосудов.

3. Исследования лоскутов кожи с ушибленными и колото-резаными ранами. Изъятие лоскутов с окружающей неповрежденной кожей шириной не менее 2 см, необходимо отступать от границ повреждения на 5 – 6 см.

4. Изъятые ребра при травматических повреждениях грудной клетки нужно предоставлять на исследование полностью.

5. Исследование лоскутов кожи с целью обнаружения микрочастиц стекла в повреждениях недопустимо помещать изъятые объекты в стеклянную емкость.

6. Нужно соблюдать условия хранения, упаковки и транспортировки исследуемой одежды.

7. Далее, нами рассмотрены нарушения, допущенные при оформлении направительной (сопроводительной) документации:

а) Из направления следует, что объектом исследования являются кости таза, которые надлежит «сохранить для последующего фотосовмещения». Возникает закономерный вопрос: изображение чего в последующем придется совмещать с костями таза?!

б) В направлении указано: «Обстоятельства дела: пассажир утонувшего теплохода... Судебно-медицинский диагноз: механическая асфиксия – повешение». В данном случае усматривается явное несоответствие обстоятельств происшествия с поставленным диагнозом.

8. В одном из случаев на направлении имелись наложения трупной крови-грубые нарушения санитарно-эпидемиологических и гигиенических норм

ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ

ПРЕИМУЩЕСТВА ПРИМЕНЕНИЯ ПИРОУГЛЕРОДА В УЗЛЕ ПОДВИЖНОСТИ ЭНДОПРОТЕЗОВ КРУПНЫХ СУСТАВОВ

Ксенофонтов М.А., Кибиткин А.С., Ксенофонтов М.А.

Пензенский государственный университет

Руководитель – д.м.н., проф. Митрошин А.Н.

Основной причиной ревизионноэндопротезирования является асептическое расшатывание компонентов эндопротеза, которое составляет до 90% от всех причин ревизионных вмешательств.

Причинами асептического расшатывания являются: несоответствие трибологических и физико-механических свойств материалов эндопротезов, а так же макрофагальная реакция на частицы износа.

Таким образом, поиск материалов для узла подвижности, удовлетворяющих большинству трибологических и физико-механических характеристик естественного сустава человека является актуальной задачей.

Целью работы явились поиск нового материала обладающего трибологическими и физико-механическими свойствами близкими к здоровому суставу, разработка оптимальной конструкции узла подвижности и экспериментальное обоснование применения углеродных материалов в узле подвижности эндопротезов крупных суставов.

Экспериментальной моделью для исследований был выбран эндопротез тазобедренного сустава с парой трения из монолитного пироуглеродного материала. Узел подвижности состоял из головки из пироуглерода, с армирующей титановой втулкой и вкладыша из высокомолекулярного полиэтилена, со вставкой из пироуглерода.

При проведении математического моделирования были получены данные о величине напряжения и запаса прочности пироуглерода. Средняя величина напряжения растяжения составила 40,7 МПа, напряжения сжатия 79,6 МПа, запас прочности - 5,8.

В ходе исследования крутящего момента в паре трения изготовленного из пироуглерода, проводимого в соответствии с требованиями ГОСТ Р 52640-2006, составило 1,15 Нм. В здоровом суставе этот показатель равен 1,5 Нм. При исследовании скорости износа предложенной пары трения, данных за наличие износа поверхностей не получено.

Материал отвечает требованиям предъявляемым к изделиям медицинского назначения, по показателю токсичность, в соответствии с требованиями ГОСТ Р 51148-98.

Вывод: Узел подвижности из пироуглерода обладает схожими физико-механическими и трибологическими свойствами со здоровым суставом, а так же безопасен по токсикологическим характеристикам, что позволяет рекомендовать его в качестве материала используемого в эндопротезировании суставов человека.

ПРИМЕНЕНИЕ БИОПРОТЕЗОВ ИЗ КСЕНОПЕРИКАРДА ДЛЯ ПЛАСТИКИ РАЗРЫВОВ АХИЛЛОВА СУХОЖИЛИЯ

Сретенский С.В. Слетов А.М.
Пензенский государственный университет
Руководитель – д.м.н., доц. Сиваконь С.В.

Среди разрывов сухожилий и мышц подкожные повреждения ахиллова сухожилия занимают ведущее место и составляют до 47%. Особую сложность для хирургов представляет пластика застарелых разрывов ахиллова сухожилия. Связано это с наличием диастаза между концами разорванного сухожилия, который трудно устранить.

Целью исследования являлась разработка новых способов пластики ахиллова сухожилия.

Разработаны новые способы хирургического лечения свежих и застарелых разрывов ахиллова сухожилия, с применением биопротезов из ксеноперикарда.

Пластический материал представляет собой ферментативно-обработанный перикард крупно-рогатого скота, лишённый клеточных элементов и антигенных структур, закреплённый при помощи глутарового альдегида.

Разработаны две модели протезов – для пластики свежих и застарелых разрывов ахиллова сухожилия.

Для пластики свежих разрывов используем протез, представляющий собой трубку, свёрнутую из пластины ксеноперикарда, которой изолируем зону разволокнения и шва ахиллова сухожилия.

В застарелых случаях, при наличии неустраняемого дефекта, используем протез представляющий собой специально выкроенную пластину ксеноперикарда свёрнутую в рулон, по диаметру сопоставимый с поврежденным ахилловым сухожилием.

Всего прооперирован 21 пациент. В 12 случаях использован протез изолирующего типа, в 9 случаях – протез замещающего типа. Эффективность лечения оценивали по методике, предложенной финскими авторами Leppilahti J., Forsman K.. Максимальное возможное количество баллов по предложенной методике 100.

Два пациента из оперированных больных набрали 75 баллов, один пациент – 80 баллов, что соответствует хорошему результату лечения. Отличный результат лечения наблюдали у 18 пациентов. Из них 90 баллов набрали 2 человека, 95 баллов – 10 человек и 100 баллов – 6 человек.

Разработанные способы технически просты и могут быть предложены к широкому использованию для оперативного лечения больных со свежими и застарелыми подкожными, дегенеративными разрывами ахиллова сухожилия.

ОСОБЕННОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ В ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Сретенский С.В. Слетов А.М.
Пензенский государственный университет
Руководитель – д.м.н., доц. Сиваконь С.В.

Цель исследования: определение этиологической структуры и показателей антибиотикоустойчивости возбудителей раневой инфекции в травматологическом отделении.

Материалы и методы исследования: анализировались данные бактериологических посевов на стерильность и чувствительность к антибиотикам за период 2011 г – I квартал 2012 г. Исследовались образцы отделяемого из ран (64%); образцы отделяемого по дренажам (6%); пунктаты полостных образований (19%); образцы мягких тканей (2%); мазки из носа и зева (2%) и прочие источники (7%). Для выявления видовой структуры возбудителей использовался микробиологический метод, чувствительность микроорганизмов к антибиотикам определялась диско-диффузионным методом.

Результаты исследования

Преобладающими инфекционными агентами являются грамположительные кокки: *S.aureus* (35%), *St. epidermidis* (29%) и *E.faecium* (12%). Неферментирующие грамотрицательные бактерии представлены *Acinetobacterspp* (15%) и *P.aeruginosa* (9%).

Выявлена высокая степень антибиотикоустойчивости *St.aureus* к оксациклину и фузидину – 96% и 93% соответственно. Наименьший процент чувствительных форм отмечен к пенициллину – в среднем 30%. Штаммы *St. epidermidis* были наиболее чувствительны к ципрофлоксацину (88,25%), доксициклину (91,4%) и фузидину (78,6%), умеренно чувствительны - к оксациллину (60%), цефазолину (61%) и гентамицину (57,6%).

Штаммы *Ps.aeruginosa* наиболее чувствительны к ципрофлоксацину (100%) и имипенему (78%), слабочувствительны - к карбенициллину (22%) и цефепиму (44%).

Штаммы *Enterococcusfaecium* наиболее чувствительны к ванкомицину и хлорамфениколу (по 92,3%), наименее чувствительны к оксациллину и рокситромицину (по 23,1%).

Выводы

1. В отделении травматологии сложился определенный бактериологический пейзаж, который соответствует общероссийским тенденциям распространения микрофлоры.

2. Наблюдается волнообразная смена грамотрицательных и грамположительных этиологических агентов.
3. Наблюдается появление полирезистентных штаммов микроорганизмов к наиболее часто используемым в отделении антибиотикам (природные пенициллины, цефалоспорины I-II поколений).

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ В ДТП В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Ахметзянов Н.Н.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., доц. Нуриева Э.Г.

Повышение выживаемости пострадавших в ДТП и снижение тяжести медицинских последствий транспортных аварий зависят от повышения оперативности и качества экстренного медицинского обеспечения в догоспитальном периоде.

Прослеживается четкая причинно-следственная связь между числом смертельных исходов и значительной задержкой прибытия на место бригад скорой медицинской помощи. Наибольшее количество смертельных исходов - 65% наступило в догоспитальном периоде, а из них почти 90,0% на месте ДТП до прибытия бригад СМП. Основными причинами смертельных исходов являлись: сочетание шока и кровопотери, тяжелая черепно-мозговая травма и травма, несовместимая с жизнью.

Из общего количества госпитализированных пострадавших расхождение диагноза бригад СМП и ЛПУ выявлены в 2009 году в 12,5% случаев, в 2010 году – в 11,4% случаев. Диагностические ошибки характеризовались однотипностью: на первом месте были травмы опорно-двигательного аппарата, в том числе травмы костей таза (22,3%), на втором месте: черепно-мозговая травма (16,9%) и травма живота, в том числе с повреждением органов брюшной полости (16,9%), а третьем месте – травма грудной клетки, в том числе с повреждением внутренних органов (15,4%).

Внедренные ССИНМП новые организационные формы работы позволили значительно оптимизировать медицинское обеспечение пострадавших в ДТП за счет повышения оперативности и качества скорой медицинской помощи.

Оценка медицинского обеспечения пострадавших при ДТП показала, что в целом в РТ создана организационная система, позволяющая осуществлять оперативную и эффективную медицинскую помощь всех видов.

ПРИЧИНЫ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОГО ТРАВМАТИЗМА В РТ

Ахметзянов Н.Н., Насыбуллин А.Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., доц. Нуриева Э.Г.

Проблема дорожно-транспортного травматизма относится к числу приоритетных проблем во всем мире. Ежегодно в РТ регистрируется около 100 тысяч дорожно-транспортных происшествий (ДТП), в которых получают травмы более 41 тысячи человек. Смертность пострадавших в ДТП в 12 раз выше, чем у лиц с иной травмой.

В период 2006-2007 гг. в РТ отмечался рост автотранспортного травматизма (на 254 пострадавших или на 7,4%) с явной тенденцией к увеличению политравм (на 138 человек или на 3,9%) и, как следствие, подъемом числа пострадавших в тяжелом и крайне тяжелом состоянии (на 79 человек или 3,0%), в первую очередь, при сочетанной травме.

20-минутный интервал прибытия бригад скорой помощи на место ДТП зарегистрирован в 82,5% наблюдений за 2010 год, что на 5,7% больше, чем в 2009 году. Тем не менее, в 17,5% случаев данный показатель превышал 20 минут, и, соответственно увеличивалось время до начала проведения лечебно-эвакуационных мероприятий.

Автомобильные происшествия в РТ являются ведущей причиной травматизма населения, обуславливая 95,3% травм при авариях на транспорте и 19,7% пострадавших от всех видов травм и несчастных случаев. ДТП сопровождаются значительными медицинскими последствиями, приводя к смертельным исходам в среднем 6,3% и травмам тяжелой и крайне тяжелой степени в 31,7% от общего числа пострадавших. Наиболее тяжелым клиническим течением характеризуются сочетанная и множественная травмы, составляющие от 50,9% случаев от общего числа пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях.

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, ПОСТРАДАВШИМ В ДТП В РТ

Насыбуллин А.Р., Ахметзянов Н.Н.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., доц. Нуриева Э.Г.

Детский дорожно-транспортный травматизм в РФ представляет актуальную проблему. В течение последнего десятилетия среднегодовое число детей, пострадавших в результате ДТП, превысило 20 тысяч, более тысячи из которых погибли. Чрезвычайную остроту проблема приобрела в РТ, где развита сеть скоростных автомагистралей и быстрорастет парк транспортных средств. Подавляющее большинство детей, пострадавших в результате ДТП на загородных автомагистралях, госпитализируются с места происшествия в ЛПУ муниципальных образований, где отсутствует возможность оказания им специализированной медицинской помощи.

В РТ за период 2009-2010гг. дети дошкольного возраста составили 37,3% эвакуированных, а мальчики среди них - 62%. Среди пострадавших детей 46% составили пассажиры, 42% пешеходы и 12% водители. Состояние 75% пострадавших при поступлении на этап специализированной медицинской помощи расценивалось как тяжелое, либо крайне-тяжелое. Среди всех детей, пострадавших в течение года, две трети приходится на 6 «теплых» месяцев (май-октябрь). На выходные дни приходилось 36,2% пострадавших, более половины, из которых травмировались в субботу. Критический временной промежуток относился к периоду 16-20 часов, в течение, которого пострадали 35,5% детей.

Закономерности формирования массива пострадавших приводят к тому, что объем и содержание медицинской помощи детям в ЛПУ муниципальных образований целесообразно ограничить мероприятиями, направленными на сохранение жизни пострадавших и предупреждение осложнений, а последующее специализированное лечение следует оказывать в многопрофильных детских больницах. Концентрация детей с политравмами в многопрофильных специализированных стационарах обеспечивает возможность оказания медицинской помощи в исчерпывающем объеме и сжатые сроки.

ПРОБЛЕМА СМЕРТНОСТИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ДТП

Насыбуллин А.Р.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., доц. Нуриева Э.Г.**

Ежегодно в мире в результате ДТП погибают и получают ранения более 10 миллионов человек. Транспортные средства в РФ как источник гибели людей в ДТП в 4-5 раз опаснее, чем в экономически развитых странах с высоким уровнем автомобилизации (Австрия, Франция, США) и в 4-7 раз опаснее, чем в небольших странах со средним уровнем автомобилизации (Дания, Швеция).

В 2002 году в РФ был отмечен самый большой за последние 10 лет рост количества ДТП, числа погибших и раненых в них людей. Всего за этот период численность погибших составила 315,1 тыс. человек. Характерно то, что рост ДТП в РФ отмечался почти по всем показателям, причем 76,5% ДТП связаны с нарушением Правил дорожного движения (ПДД). Из-за нарушений физическими лицами ПДД в 2002 году было зарегистрировано 114368 ДТП (Рост + 15,9%). Удельный вес этих происшествий составил 62% от всех ДТП.

За десять месяцев 2010 года в РФ было зарегистрировано около 200 тысяч ДТП. Ранения получили 234 тысячи человек, а 27 тысяч погибли. Все три показателя в сравнении с аналогичным периодом 2009 года выросли на 3,4 - 3,6%.

Необходима более эффективная система оказания помощи, поскольку в России число погибших на 100 пострадавших в ДТП значительно выше, чем в ведущих странах мира. Там успешно решены три ключевых вопроса: быстрота получения информации о происшествии, время начала оказания медпомощи и постоянная готовность больниц, расположенных вдоль авто-трасс.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСТЕОРЕГЕНЕРАЦИИ В УСЛОВИЯХ ПРИМЕНЕНИЯ ИМПЛАНТАТОВ С ПОКРЫТИЯМИ НА ОСНОВЕ СВЕРХТВЕРДЫХ СОЕДИНЕНИЙ

Мечов М.П., Бакланова Д.А.

**Казанская государственная академия ветеринарной медицины
Руководитель – д.б.н., доц. Шакирова Ф.В.**

Развитие современных высокотехнологичных отраслей ветеринарной медицины, в том числе ортопедии и травматологии, предъявляет все более высокие требования к качеству остеофиксаторов.

Целью исследования являлось выяснение вопроса определения воздействия имплантатов с покрытиями нитридов титана и гафния на организм животных.

Методы исследования. Исследования были проведены на 30 кроликах обоего пола, в возрасте 6-7 месяцев с массой тела $2526,5 \pm 74,4$ г. Животным проводили открытую остеоклазию большеберцовой кости в области средней и нижней трети диафиза с одномоментным ретроградным введением имплантата в костномозговой канал. В группе сравнения применяли спицы из стали 12X18H9T, $\text{dx}2\text{мм}$, в опытной группе – спицы из стали 12X18H9T с покрытием нитридов титана и гафния, $\text{dx}2\text{мм}$.

Исследования были проведены на: компьютерном томографе Toshiba Aquilion-16 на 10, 30 и 60 сутки фиксации. Морфологические исследования костной ткани осуществляли по общепринятым методикам.

Результаты исследований. У животных опытной группы на 10 сутки имелась полностью сформированная предварительная соединительнотканная мозоль, которая трансформировалась в предварительную костную мозоль, состоящую преимущественно из грубоволокнистой кости. У животных в группе сравнения заживление в зоне травмы протекало через формирование хряща.

При исследовании методом КТ на 30 сутки у животных контрольной группы объем костного регенерата составил $\approx 5,2\text{мм}$, а плотность регенерата 900–1400HU, что значительно превышает таковой у животных опытной группы $\approx 3,5\text{мм}$, а плотность регенерата 1000–1600HU.

На 60 сутки при исследовании методом КТ объем костного регенерата у животных группы сравнения составлял $\approx 4,8\text{мм}$ с плотностью регенерата 1000–1500HU, что значительно превышал таковой у животных опытной группы $\approx 3,2\text{мм}$ с плотностью 1000–1800HU.

Заключение. Результаты проведенного исследования позволяют сделать вывод о том, что у животных опытной группы показатели количественного изменения плотности сформировавшегося регенерата более выражены, что может являться признаком биоинертности данного покрытия.

ВЫВИХ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ

Гиматдинова Л.И., Ахметшина Г.Ф.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., асс. Емелин А.Л.**

Рост числа операций эндопротезирования тазобедренного сустава отмечается в большинстве стран мира, в том числе в России. Несмотря на повышение качества применяемых имплантов, совершенствование технологий эндопротезирования, а также накопление практического опыта у хирургов, процент осложнений артропластик остается достаточно высоким. После любой операции по замене тазобедренного сустава большой риск вывиха эндопротеза, особенно в первые несколько дней и недель после операции. Так, вывихи головки эндопротеза имеют место в 0,4–17,5% случаев от числа всех возможных осложнений.

Цель: изучить основные причины вывиха тазобедренного сустава как осложнения эндопротезирования

Методы исследования: была изучена литература, научные работы и статьи по вопросу осложнений эндопротезирования тазобедренного сустава

Полученные результаты: В большинстве случаев (87%) вывихи происходили в сроки от 3 дней до 3 месяцев. Причинами ранних вывихов являются: несоблюдение режимных требований (неаккуратно сел, встал, повернулся во время сна) – 59,7%, режимные нарушения и дефект установки – 10,3%, асептическая нестабильность компонентов эндопротеза – 2%. В сроки после 3 месяцев вывихи установлены в 13% случаев. Их причинами являлись: травмы (прямое воздействие на сустав, как правило, падение) – 10,3%, дефекты установки (нарушение имплантации) – 12,4%, переломы эндопротеза – 1%. Из технических причин

(нарушение имплантации) наиболее частые ретроторсия ножки (6%) и вертикальный наклон чашки сустава (5%), на долю антеверсии ножки - 2% случаев. Устранение вывихов в свежих случаях проводится закрытым вправлением под наркозом с последующим 2-3 дневным постельным режимом и дальнейшими ограничениями как после операции по эндопротезированию.

Заключение: таким образом, вывих эндопротеза тазобедренного сустава является местным осложнением, требующим вправления в ранние сроки, а при необходимости - проведения ревизионного вмешательства при выявлении достоверных признаков дефектов установки.

ЛЮФТОВЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ В ГОЛЕНОСТОПНОМ СУСТАВЕ

Садыков Р.Ф., Иванцов Е.Н., Вульфсон К.В.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., асс. Емелин А.Л.

Повреждения голеностопного сустава одно из первых мест среди травм опорно-двигательного аппарата и составляют от 10,2 до 26,1 % всех переломов скелета, и 30–45 % среди переломов костей голени. Повреждения голеностопного сустава наблюдаются преимущественно у лиц наиболее трудоспособного возраста, от 25 до 50 лет. Несмотря на большое количество научных работ, посвященных переломам лодыжек, эта проблема далека от своего решения. Отмечается высокий удельный вес неудовлетворительных и инвалидизирующих исходов, составляющих от 8% до 23%. На сегодняшний день большинство травматологов отдают предпочтение открытой репозиции фрагментов наружной лодыжки и остеосинтезу пластинами АО.

Однако существующие технологии АО не учитывают наличие физиологической подвижности берцовых костей относительно друг друга, что приводит к ряду осложнений оперативного лечения: перелом стабилизирующего винта, рецидив подвывиха стопы кнаружи, развитие посттравматического артроза голеностопного сустава. В связи с этим была предложена концепция люфтового остеосинтеза.

Целью исследования было изучение метода люфтового остеосинтеза при повреждении голеностопного сустава. В задачи исследования входило изучение в отечественной и зарубежной литературе основных популярных методик, вариантов лечения и исходов переломов в голеностопном суставе, а так же сравнение их с результатами лечения при помощи люфтового остеосинтеза.

При помощи электромиографической методики оценки состояния прооперированных конечностей удалось установить, что биоэлектрическая активность мышц и нервов при использовании люфтового метода более выражена по сравнению с прооперированными по общепризнанной методике АО с использованием полутрубчатой пластины и двух позиционных винтов. Во многих исследованиях также отмечается меньшая частота рецидивов межберцового диастаза после удаления винта, перелома стабилизирующего винта, развитие посттравматического артроза голеностопного сустава.

Следует отметить, что ввиду новизны этого метода не имеется достаточно данных о частоте встречаемости отсроченных осложнений после операции. Однако новый метод зарекомендовал себя с хорошей стороны. Несомненно, в некоторых случаях, при выборе тактики лечения перелома в голеностопном суставе, стоит учитывать вариант люфтового метода остеосинтеза.

ГНОЙНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ

Галиуллина З.Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., асс. Емелин А. Л.

Эндопротезирование сустава – это операция по замене компонентов сустава имплантатами, которые имеют форму здорового сустава и позволяют выполнять весь объем движений. Послеоперационные осложнения наблюдаются не часто – всего в 1,5-2,5% случаях от общего числа всех операций по замене суставов, но по своему состоянию с трудом поддаются лечению. Факторы риска развития инфекционных осложнений делятся на 3 группы: факторы со стороны самого больного (возраст, наличие сопутствующей патологии), периоперационные (наличие гематомы в зоне оперативного вмешательства, степень травматизации тканей и другие) и послеоперационные факторы (гематогенная диссеминация бактерий, нагноение послеоперационной раны). Перечисленные факторы риска обуславливают необходимость проведения антимикробной профилактики, особенно у пациентов, имевших ранее осложненные оперативные вмешательства той же локализации или с ослаблением местных и общих механизмов резистентности.

Рассмотрев данные по характеру осложнений после эндопротезирования тазобедренного сустава и их частоте в зависимости от возраста, показанию к операции, сопутствующей патологии отмечается ряд закономерностей. Рост осложнений с возрастом обусловлен тем, что у пожилых людей увеличивается количество и тяжесть сопутствующих заболеваний, снижается резистентность к инфекции, ослабляются восстановительные функции, происходит дегенерация связочного аппарата, нарастает остеопороз, повышается риск переломов костей. Явная закономерность при развитии осложнений прослеживается и в зависимости от показаний к операции. Так, при ревизионном эндопротезировании и эндопротезировании в сложных случаях количество осложнений гнойно-воспалительного характера выше в 2,5-3 раза, а при диспластическимкоккартрозе в 1,5-2 раза выше, чем при эндопротезировании при идиопатических коккартрозах. Осложнения гнойно-воспалительного характера после операции при системных заболеваниях наблюдаются в 2,5 раза чаще, а при сахарном диабете в 1,5 раза чаще, чем у пациентов, не имеющих сопутствующей патологии.

Таким образом, проблема гнойно-инфекционных осложнений после различных видов эндопротезирования тазобедренного сустава является актуальной с неуклонно возрастающей значимостью по мере роста числа проводимых операций.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ ОБЛАСТИ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Хабибулина А.Р., Исмагилова З.М.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., асс. Емелин А. Л.

Был проведен анализ исходов лечения 213 пациентов с 215 переломами области коленного сустава, лечившихся в клинике травматологии центра за период с 1990 по 2010 годы.

Результаты оценивались на основании архивного материала, данных клинко-рентгенологического метода исследования, а также оценки качества жизни, обусловленного здоровьем.

Контрольную группу составили пациенты с 126 переломами, которым были применены классические компоновки аппарата Илизарова, а также разработанные ранее компоновки спице-стержневых аппаратов внешней фиксации на основе метода Илизарова. Из них: пациенты с 30 различными переломами дистального суставного конца бедренной кости и 96 - проксимального суставного конца большеберцовой кости.

В собственную группу исследования вошли пациенты с 89 внутрисуставными переломами области коленного сустава, которым были применены разработанные в клинике способы чрескостного остеосинтеза и устройства, обеспечивающие достижения точной репозиции, стабильной фиксации с возможностью ранних активных движений в коленном суставе (Патент РФ на изобретение № 2402296). Из них: пациенты с 18 различными типами переломов дистального суставного конца бедренной кости и 71 - проксимального суставного конца большеберцовой кости.

Применение биомеханически обоснованных аппаратов внешней фиксации, а также разработанных способов и устройств для лечения различных видов и типов переломов области коленного сустава, позволило обеспечить достижение точной репозиции с устранением всех видов смещений и восстановлением анатомии поврежденного сегмента конечности, а также стабильную фиксацию на период сращения в подавляющем большинстве случаев переломов, как дистального суставного конца бедренной кости, так и проксимального суставного конца большеберцовой кости.

У пациентов контрольной группы исследования при переломах дистального суставного конца бедренной кости положительные исходы лечения составили 96,6%; при переломах проксимального конца большеберцовой кости – 95,8%.

У пациентов собственной группы при переломах дистального суставного конца бедра во всех случаях достигнуты положительные исходы лечения (100,0%); при переломах проксимального конца большеберцовой кости - в 97,2% случаев.

Указанная тенденция имеет место при всех категориях повреждений.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ РЯДА СЫВОРОТОЧНЫХ МАРКЕРОВ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ОСТЕОСИНТЕЗЕ ИМПЛАНТАМИ С ПОКРЫТИЕМ НИТРИДАМИ ТИТАНА И ГАФНИЯ

Добровольский И. Е.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – д.м.н., проф. Ахтямов И. Ф.

Актуальной задачей ортопедии и травматологии является разработка процедур, подбор компонентов и систем для восстановления, замены костной ткани, поврежденной в ходе заболевания или травмы. Правильный выбор материалов, используемых в операциях по остеосинтезу и имплантации, является одной из основополагающих проблем.

Одним из решений проблемы получения нового поколения имплантатов является нанесение на их поверхность биосовместимых нерезорбируемых покрытий. В настоящее время в качестве упрочняющих и защитных поверхностей используются покрытия на основе нитридов титана. Покрытия имплантов, содержащие нитриды титана, привлекательны биосовместимостью, обеспечивают низкий коэффициент трения и адекватную остеointеграцию. Потенциально перспективными представляются также покрытия, содержащие нитрид гафния, который характеризуется химической инертностью, хорошим сопротивлением к окислению в экстремальных условиях, а также бактерицидностью, однако исследования этого вида покрытий единичны.

Целью настоящей работы явилось сравнительное изучение реактивных изменений в организме экспериментальных животных при использовании имплантатов из медицинской стали и стали с покрытием нитридами титана и гафния.

Материал и методы

Проведение эксперимента, содержание, уход проводились согласно требованиям «Европейской конвенции по защите позвоночных животных, используемых для экспериментов и других научных целей» (1986). Исследования были проведены на 30 кроликах обоего пола, в возрасте 6-7 месяцев с массой тела $2\ 526,5 \pm 74,4$ г. Животным проводили открытую остеоклазию большеберцовой кости в области средней и нижней трети диафиза с последующим ретроградным введением имплантата в костномозговой канал. Операцию осуществляли под общей анестезией (Rometa 2% 0,15 – 0,2 мл/кг, золетил 100 10 – 15 мг/кг). В опытной группе произведено введение спицы из стали 12X18H9T с покрытием нитридов титана и гафния, dx1,8 мм (в предыдущих статьях 2 мм), в группе сравнения – спицы из биоинертной медицинской стали 12X18H9T, dx2 мм.

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕПОЛНЫМ ПОВОРОТОМ КИШЕЧНИКА В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

Зейналов Н.З., Сабилов Ж.Ф., Валиуллин И.И.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – д.м.н., проф. Чикаев В.Ф.

Аномалии поворота кишечника могут протекать бессимптомно или проявляться кишечной непроходимостью в связи сдавлением, заворотом или странгуляцией петель кишечника. Частота указанных осложнений 0,8 случая на 1000 новорожденных и поражаются мальчики в 2 раза чаще, чем девочки. Наиболее частой формой нарушений поворота кишечника является синдром Ледда. Различные варианты незавершенного поворота могут быть локальным пороком или входить в состав комплексных множественных пороков.

Целью нашего исследования явился анализ клинических проявлений неполного поворота кишечника в неотложной абдоминальной хирургии.

Материалы методы. Нами проведен ретроспективный анализ историй болезни пролеченных в хирургическом отделении ГБСМ №1 г. Казани. За последние пять лет прооперированы трое пациентов мужского пола в возрасте 24-27 лет по поводу экстренной хирургической патологии брюшной полости. На операции выявлен неполный поворот кишечника. В двух случаях больные оперированы с диагнозом острый аппендицит. В одном случае закрытой травмы живота и повреждения селезенки.

Результаты исследования. Во всех случаях пациенты не знали об аномальном расположении кишечника и эта особенность выявлена на операции. Анатомической особенностью у пациентов явилась отсутствие большого сальника, толстый кишечник занимал левую половину брюшной полости, тонкая кишка правую половин. Купол слепой кишки находился в эпигастральной области в проекции желудка. При остром аппендиците не было типичных симптомов, боли наблюдались больше в верхней половине живота. Операция проведена под общим обезболиванием, ввиду технической сложности коррекция оперативного доступа осуществлялась ранорасширителем Сигала - Кабанова. Пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, неполный поворот кишечника во взрослой ургентной хирургии не редко является случайной находкой. Анатомическая особенность расположения кишечника затрудняет диагностику острой хирургической патологии. Оперативные вмешательства являются технически сложными и требуют адекватную коррекцию оперативного доступа.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Ситдикова Д.И., Уразманова Н.А., Сычёв В.И.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., проф. Чикаев В.Ф.

Несмотря на достигнутые успехи патогенетически обоснованной интенсивной терапии, общая летальность при тяжелом панкреатите сохраняется на высоком уровне, и достигает при инфицированном панкреонекрозе 85%.

Целью нашего исследования явилось улучшение принципов диагностики острого панкреатита в зависимости от стадии патологического процесса.

Материалы методы. Нами проведен ретроспективный анализ диагностики и результатов лечения 123 больных с острым панкреатитом в зависимости от стадии патологического процесса госпитализированных ГАУЗ ГБСМП №1 г. Казани. Отечная (легкая) форма острого панкреатита установлена у 96,8% пациентов, панкреонекроз (тяжелый панкреатит) — у 3,2%, которые оперированы в виду прогрессирующего перитонита. Мужчин было - 76,2%, женщин — 23,8%. Возраст больных варьировал от 27 до 80 лет, составляя в среднем 54±16лет.

Причиной острого панкреатита в 79%, причиной был алиментарный фактор из них в 52% прием алкоголя, в 27% - острой пищи, желчнокаменная болезнь - в 10%, в 11% закрытая травма живота и послеоперационный панкреатит.

Результаты исследования. Анализ комплексного диагностического исследования подхода при остром панкреатите в зависимости от фазы патологического процесса позволил разработать следующий алгоритм:

1. Дифференциальная диагностика острого панкреатита заключается в комплексном исследовании и: ведущими являются клинико-лабораторные показатели, (определение амилазы крови, мочи, трипсиногена-2, Тест actimpancreatitis), УЗИ, видеолапароскопия.

2. В фазе токсемии для определения тактики лечения основным диагностическим комплексом является определение тяжести интоксикации и распространенность патологического процесса.

3. В фазе инфицированного панкреонекроза основополагающим является своевременная диагностика распространенности инфекционного процесса и генерализации инфекции .

Таким образом, алгоритм диагностики при остром панкреатите заключается в комплексном подходе в зависимости от фазы патологического процесса.

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ПЛАНТОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Фарук М., Шарафутдинов Р.Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., асс. Колесников М.А.

Эндопротезирование коленного сустава позволяет устранить болевой синдром и восстановить функцию сустава у пациентов с поздними стадиями гонартроза. Артропластика дает возможность также восстановить ось оперируемой конечности, а значит и ее биомеханически правильное положение. В последнее время были разработаны безопасные методики, позволяющие проводить оценку данного показателя достаточно быстро без дополнительной лучевой нагрузки для пациента. В частности, цифровая фотометрическая плантография является безвредным и объективным инструментальным методом диагностики не только деформаций стоп, но и оси нижних конечностей.

Цель: оценить эффективность компьютерной плантографии, как метода контроля результатов эндопротезирования коленного сустава.

Материалы исследования: 18 пациентов с гонартрозом различной этиологии, перенесших эндопротезирование коленного сустава, прошли исследование с помощью цифрового фотометрического аппаратного программного комплекса «ПлантоВизор». Анализ происходил при помощи программного обеспечения «Кастинг Созвездие». Исследования проводились до операции, на 8-12 день и 3 месяца после проведенного вмешательства. Среди пациентов было 16 женщин и 2 мужчин. Средний возраст пациентов исследуемой группы составил 56,4±6,2 лет.

Результаты исследования: Для оценки статико-динамических показателей с помощью компьютерной плантографии за основу были взяты такие показатели, как отклонение оси голени и заднего отдела стопы. При дооперационном обследовании только у трех пациентов эти показатели находились в пределах физиологической нормы, в 11 случаях наблюдалась вальгусная деформация, в 4 – варусная с максимальным отклонением до 15,8°.

На сроке 8-12 дней после операции была отмечена тенденция возвращение оси голени к нормальным значениям, а также коррекция отклонения заднего отдела стопы. В среднем угол отклонения оси голени скорректировался на 2,7±1,3°. На контрольном осмотре через 3 месяца тенденция была продолжена. Коррекция составила 4,1±2,1°.

Выводы: Таким образом, компьютерная плантография может быть использована, как метод дооперационного планирования с целью задания необходимых углов коррекции, так и как метод контроля качества проведения оперативного вмешательства.

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И КОМПЛАЕНТНОСТИ ПЕРОРАЛЬНЫХ И ИНЪЕКЦИОННЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ КРУПНЫХ СУСТАВОВ

Зиннурова И.Р., Баязитова К.И.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., асс. Колесников М.А.

Тотальное эндопротезирование коленного и тазобедренного суставов сопряжено с повышенным риском развития тромбозомболических осложнений. По литературным данным, в случаях, когда не проводится тромбопрофилактика, частота тромбоза глубоких вен составляет 40-60%. Чаще тромбоз развивается в венах голени. В 10-20% наблюдений тромбы нарастают по направлению к проксимальным отделам, в 1-5 % случаев возникает тромбозомболия легочной артерии с летальным исходом. Поэтому проведение тромбопрофилактики является обязательным условием после эндопротезирования. На сегодняшний день в практике ортопедов применяются инъекционные и таблетированные формы антикоагулянтов

Цель: сравнить эффективность и комплаентность инъекционных и таблетированных антикоагулянтов.

Материалы исследования: в исследуемую группу вошли 15 человек, получавшие таблетированные формы антикоагулянтов (дабигатранаэтексилат, ривароксабан), в группу сравнения – 15 человек, получавших инъекционные формы (эноксапарин натрия, надропарин кальция). Возраст пациентов варьировал от 42 до 65 лет, в основном преобладали женщины - 83,3%. Обеим группам тромбопрофилактика рекомендовалась в течение 35 дней. Всем пациентам проводилось анкетирование по оригинальной анкете комплаентности. Также для исключения тромбозмобилических осложнений проводились стандартные тесты (коагулограмма, ультразвуковая доплерография сосудов нижних конечностей).

Результаты исследования: пациенты в исследуемой группе отмечали удобство приема таблеток, хорошую переносимость, удобную кратность приема. Прием инъекционных препаратов вызвал затруднения в контрольной группе, особенно у пожилых людей; 3 пациентов из 15 после выписки из стационара отказались от приема антикоагулянтов из-за неудобной формы приема. При контрольном обследовании на сроке 35 дней после операции в группе сравнения у 1 пациента были обнаружены признаки тромбоза глубоких вен. В исследуемой группе признаков тромбозмобилических осложнений обнаружено не было.

Таким образом, таблетированные формы антикоагулянтов обладают большей комплаентностью, нежели инъекционные формы, при сравнимой, или даже лучшей эффективности. Их особенно следует рекомендовать для применения у пациентов старшей возрастной группы.

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ, ОСЛОЖНЕННЫХ ГНОЙНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Файзуллин Я.В.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., асс. Емелин А.Л.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с переломами длинных трубчатых костей, осложненными гнойной инфекцией.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 68 больных с переломами длинных трубчатых костей, осложненными гнойной инфекцией, развившейся в результате тяжелых травм конечностей с открытыми переломами у 33 (48,5%), огнестрельных переломов у 10 (14,7%), остеосинтеза закрытых переломов у 25 (36,7%) пациентов. Для определения локализации, объема и характера поражения костей и мягких тканей были использованы рентгенография, УЗИ мягких тканей и сосудов, КТ, ангиография, бактериологические, морфологические и цитологические методы исследования. Предложенный комплекс обследований позволяет определить объем выполнения хирургической обработки, возможность проведения и выбора оптимального метода реконструктивно-пластических операций для замещения образовавшихся дефектов костей и мягких тканей. Для фиксации переломов и замещения сегментарных дефектов костей (от 1 до 25 мм) в 58 случаях использовался чрескостный компрессионно-дистракционный остеосинтез аппаратом Илизарова.

Результаты. Хорошие и удовлетворительные результаты получены у 60 (88,2%) пациентов, плохие - ампутации, развитие хронического остеомиелита, несращение - у 8 (11,7%) пациентов.

Выводы: Активная хирургическая тактика с применением ранних реконструктивных операций на фоне адекватной антибиотикотерапии позволила ликвидировать инфекцию, восстановить опороспособность и функцию конечности в 88,2% наблюдений.

СМЕРТНОСТЬ И ИНВАЛИДНОСТЬ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ (ДТП) И ПУТИ ИХ СНИЖЕНИЯ

Файзуллин Я.В.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., асс. Емелин А.Л.

Дорожно-транспортная травма за последние полвека стало проблемой номер один в мире. Неуклонно увеличивается число пострадавших и погибших от дорожно-транспортных происшествий (ДТП) среди наиболее активной и производительной части общества. Из общего числа пострадавших на догоспитальном этапе погибают примерно 20-25%, ещё 20% погибают в реанимационном отделении, поэтому к моменту перевода в профильное клиническое отделение остаются только 55-60% пациентов, которые были травмированы.

Во избежание этих негативных последствий предлагаем:

· Постоянно осуществлять обучение сотрудников ГАИ, водителей пассажирского автотранспорта методам оказания ПМП непосредственно на месте происшествия.

· Усилить кадровый и материально – технический потенциал районных больниц, расположенных на загородных автодорогах.

· Выделить специальную машину скорой помощи для работы исключительно на линии автомагистрали, оснастить её всеми современными средствами оказания ПМП и связи. · При рассмотрении и оценке подаваемых проектных предложений (как со стороны государственных, так и со стороны общественных организаций), обязательно обращать внимание на то, какое место в них занимают вопросы, связанные с оказанием ПМП.

Учитывая вышеизложенное, считаем, что предлагаемые нами меры будут иметь большое социально – экономическое значение, поскольку:

· Снизится смертность и травматизм среди населения, особенно среди наиболее трудоспособной её части, а именно среди людей в возрасте от 18 до 45 лет;

· Повысится степень квалифицированного и своевременного реагирования на каждый случай тяжёлых травм при ДТП на автомагистралях;

· Все участники дорожного движения смогут оказывать на должном уровне ПМП, либо будут знать, куда и как обращаться за скорой медицинской помощью;

· Скорая медицинская помощь в случае необходимости будет иметь возможность получить прямую консультацию специалиста, одновременно известив о случае ДТП и необходимой срочной операции. Больница – стационар тем самым успеет подготовить всё необходимое для оказания квалифицированной помощи, особенно в тех случаях, когда наблюдается массовое поступление пострадавших.

К ВОПРОСУ ИЗУЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОНЕЧНОСТЕЙ

Файзуллин Я.В.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., асс. Емелин А.Л.

Введение. Наряду с ростом травматизма значительно повысилось число пострадавших с политравмой, а за последнее десятилетие их доля в структуре травм мирного времени увеличилась вдвое. Особенно часто такого рода повреждения наблюдаются при дорожно-транспортных происшествиях (ДТП).

Материалы и методы. По данным отделения реанимации и интенсивной терапии №4 и отделения травматологии №1 ГАУЗ РКБ МЗ РТ, анализ клинических проявлений проводился по трем группам: 1) больные с множественными переломами конечностей- 89 (52,9%); 2) с переломами конечностей в сочетании с черепно-мозговой травмой- 54 (32,3%); 3) с переломами конечностей в сочетании с повреждениями внутренних органов- 25 (14,8%). В первой группе из 89 больных у 31 травма сопровождалась шоком. Чаще наблюдались переломы костей нижних конечностей (52 случая). Во второй группе шок отмечен у 18 больных, сотрясение головного мозга- в 40 случаях, ушиб головного мозга- у 17 больных (в основном легкой и средней степени тяжести). В третьей группе преобладали тяжелые степени шока- у 14 больных. Чаще всего повреждались плевра, кишечник, селезенка, печень, мочевого пузыря. В этой группе отмечена самая высокая летальность (8 случаев). У пациентов с сочетанной травмой сложна диагностика закрытых повреждений внутренних органов. При подозрении на повреждение живота проводили лапароцентез с применением гибкого катетера и лапароскопию (25 наблюдений). Во всех случаях эта методика давала возможность диагностировать внутреннее кровотечение или другие повреждения внутренних органов. Лечение пострадавших с сочетанной травмой конечностей включает два этапа. На первом проводится борьба с нарушениями функции внешнего дыхания, остановка наружного и внутреннего кровотечения, выведение больных из шока, предупреждение и лечение отека головного мозга. На втором этапе основное внимание обращалось на лечение переломов конечностей и профилактику инфекционных осложнений. В зависимости от локализации, характера и уровня перелома применялись консервативные и оперативные методы лечения.

Выводы: Ввиду сложности обследования пострадавшего, находящегося в тяжелом состоянии (шок, алкогольное или наркотическое опьянение), опасности просмотра жизнеугрожающих повреждений необходимо стремиться к наибольшей объективизации диагностики.

РАБОТА ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ПРИ МАССОВОМ ПОСТУПЛЕНИИ ПОРАЖЕННЫХ

Габаева Д.Ф

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., доц. Ковалев М.И

Госпиталь является многопрофильным лечебным учреждением центра медицины катастроф и предназначен для оказания первой врачебной и квалифицированной с элементами специализированной помощи 100-150 пострадавшим в районе ЧС в сутки. Цель: ускорение оказания медицинской помощи и обеспечение рациональной эвакуации пострадавших из очага массового поражения. Задачи:- прием, медицинская сортировка и санитарная (специальная) обработка поступающих пострадавших из районов ЧС;

- оказание медицинской помощи в установленном для него объеме с последующим лечением остающихся в госпитале пораженных с механической травмой и лечением пораженных АХОВ и ионизирующим излучением;
- подготовка к эвакуации пораженных, подлежащих лечению в других лечебных учреждениях местных органов здравоохранения и Центра;
- хозяйственно-бытовое обслуживание пораженных.

Больница является одним из этапов медицинской эвакуации в системе лечебно-эвакуационного обеспечения пораженных. Она предназначена для оказания исчерпывающей медицинской помощи и лечения пораженных, доставляемых из очагов катастроф, стихийных бедствий. В зависимости от типа больницы возможна эвакуация части пораженных в другие лечебные учреждения. По типу больницы подразделяются на республиканские, краевые, областные, городские, районные, участковые, которые отличаются друг от друга по выполняемым задачам, структуре и функциям.

Заведующий отделением планирует размещение коек исходя из норматива на 1 койку - 4 м²; если в отделении в обычных условиях приходится 6 м² на койку, то дополнительно можно развернуть 0,5 койки, если 9 м² на койку - можно дополнительно развернуть 1 койку; он же составляет план размещения коек отделения.

В период повседневной готовности проводится накопление и обновление не снижаемого запаса медикаментов, перевязочных материалов, средств иммобилизации, оборудования, аппаратуры и другого медицинского имущества необходимого для оказания помощи пораженным в соответствии с Планом-заданием.

Вывод: Готовность стационара зависит от профессиональной и специальной подготовки врачей, медицинских сестер и персонала не военизированных формирований.

УРОЛОГИЯ

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА

Касимов М.Р.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., доц. Зубков А.Ю.

Введение. Хронический простатит – одно из наиболее распространенных хронических заболеваний у мужчин. Средний возраст пациентов – 43 года. В России хронический простатит в 35% случаев бывает причиной обращения к урологу. У 7-36% больных он осложнен склерозом простаты, везикулитом, эпидидимитом, расстройствами мочеиспускания, репродуктивной и половой функций.

Склероз предстательной железы – болезнь, при которой сморщивающаяся паренхима железы сдавливает предстательную часть уретры, суживает шейку мочевого пузыря и пузырные отделы мочеточников, сдавливает семявыносящие протоки, приводит к нарушению акта мочеиспускания, застою мочи в верхних мочевых путях, снижению функции почек и нарушению фаз копулятивного цикла.

Цель и задачи исследования. Повысить эффективность лечения осложнений хронического простатита.

Материал и методы. Трансуретральная резекция простаты была произведена

68 пациентам, средний возраст 56 лет. Для проведения трансуретральной резекции использовались монополярные и биполярные резектоскопы "STORZ", "WOLF".

Трансуретральная резекция проводится под контролем трансректального УЗИ для определения количества и глубины резецирования ткани предстательной железы.

Результаты. Основная масса склерозированной ткани простаты резецируется в форме конуса, верхушка которого лежит у семенного бугорка, а основание составляет окружность в области "внутреннего сфинктера" мочевого пузыря. Образованная "воронка" расширяется в дистальном направлении и на ее протяжении склерозированная ткань удаляется. Оставшаяся апикальная ткань удаляется во время заключительной стадии. Обструктивную симптоматику купировали у 100% больных, что подтверждает снижение баллов по шкале IPSS (до операции 17 баллов, после операции 9 баллов) и увеличение максимальной скорости потока при урофлоуметрии (до операции 12 мл/с, после операции 21 мл/с). Послеоперационные осложнения не наблюдали.

Выводы. Трансуретральное эндоскопическое лечение является эффективным у больных со склерозом предстательной железы и камнями предстательной железы. Трансректальный контроль во время операции позволяет наиболее полно иссечь склерозированные ткани, что повышает эффективность операции и улучшает прогноз заболевания.

ПОКАЗАНИЯ К КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Абдурахманов Р.А.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., доц. Зубков А.Ю.

Введение. Аденома предстательной железы (АПЖ) на сегодняшний день является наиболее часто возникающей доброкачественной опухолью у мужчин. По данным аутопсий, первые признаки АПЖ обнаруживаются у 11,3% мужчин в возрасте от 40 до 49 лет. У мужчин старше 60 лет АПЖ встречается в 60-70%, а после 80 лет – в 95,5% случаев (Лопаткин, 2011). Частота осложнений при данной патологии очень высока. ХПН наблюдается у 28,7% пациентов (Карпенко В.С.1981), макрогематурия в 15-18% случаев, острая задержка мочи наблюдается у 10-50% больных (Портной А.С.1989).

Цель исследования. Повышение эффективности результатов консервативного лечения больных АПЖ.

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты лечения 86 больных АПЖ в возрастной категории от 53 до 79 лет в урологической клинике КГМУ.

В диагностическом алгоритме использовались общеклинические методы исследования, ультрасонография, урофлоуметрия, рентгенорадиологические методы исследования.

Результаты. На основании проведенного исследования было выделено 4 группы пациентов. 1 группа с показателями: $Q_{\max} < 10$ мл/с, объем простаты < 50 см³; 2 группа с показателями: $Q_{\max} > 10$ мл/с, объем простаты < 50 см³; 3 группа с показателями: $Q_{\max} > 10$ мл/с, объем простаты > 50 см³; 4 группа с показателями: $Q_{\max} < 10$ мл/с, объем простаты > 50 см³. При этом у всех пациентов объем остаточной мочи не более 150 мл и IPSS > 8 и < 19 .

По данным исследования была определена оптимальная консервативная тактика лечения для каждой группы пациентов. 1 группа – α -адреноблокаторы; 2 группа – препараты растительного происхождения; 3 группа – блокаторы 5- α -редуктазы; 4 группа – комбинированная терапия в виде α -адреноблокаторов и блокаторов 5- α -редуктазы. Длительность лечения во всех группах составила 3 месяца. Результатом лечения явилось улучшение обструктивной и ирритативной симптоматики в виде снижения индекса IPSS, увеличения показателя Q_{\max} , а также уменьшение объема простаты на 10-15% в 3 и 4 группе.

Выводы. Таким образом, предполагаемые схемы консервативной терапии АПЖ с учетом индивидуального подхода для каждой клинической группы являются эффективными, безопасными и улучшают качество жизни пациентов.

ФАРМАКОТЕРАПИЯ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ФОНЕ ЭНДОТОКСЕМИИ

Волкова М.В., Красникова И.Е., Кочеткова Т.А.

Мордовский государственный университет

Руководитель – д.м.н., проф. Власов А.П.

Целью работы: На модели острого перитонита изучить фармакологические эффекты антиоксидантной (этоксидола) и антикоагулянтной (фраксипарина) терапии в коррекции функционального состояния почек.

Методы исследования. Работа основывается на результатах экспериментальных исследований, проведенных на беспородных собаках (n=24). Подопытным животных моделировали острый каловый перитонит. В контрольные сроки (1-е, 3-е и 5-е сутки послеоперационного наблюдения) проводился забор крови и образцов тканей почки (корковое и мозговое вещество). С лечебной целью в опытной группе (n=12) использовали совместное (комбинированное) применение антиоксиданта этоксидола в дозе 10 мг/кг и фраксипарина (47,5 МЕ Ха-фактора/кг)

Результаты исследования. Опыты показали, что модель острого перитонита была адекватной: у животных возникла эндогенная интоксикация (индекс токсичности был увеличен в 4,4–5,8 раз ($p < 0,05$)). На фоне токсемии отмечалось нарушение функционально-метаболических параметров почек, что проявлялось развитием в раннем послеоперационном периоде острой почечной недостаточности. В процессе эксперимента выявлена интенсификация процессов ПОЛ в тканевых структурах почечной ткани, были изменены показатели гемостазиограммы. Комбинированное применение фраксипарина и этоксидола позволяет наиболее эффективно и быстро восстанавливать функционально-метаболическое состояние почек, обуславливает существенное уменьшение выраженности мембранодестабилизирующих явлений со стороны клеточных структур органа, доказанное восстановлением спектрального состава их основных мембранных фосфолипидов и уменьшением уровня липидов, обладающих хаотропным действием. Положительное действие комбинации по отношению почек обусловлено также снижением коагуляционного потенциала и повышением фибринолитической активности плазмы крови и самих тканевых структур почечной ткани.

Заключение. Использование комбинированной этоксило- и фраксипаринотерапии острого перитонита предупреждает прогрессирование функционально-метаболических нарушений со стороны почек в раннем послеоперационном периоде, что способствует уменьшению расстройств гомеостаза, в том числе и эндогенной интоксикации.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА

Камалетдинов Р.Э.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., доц. Зубков А.Ю.**

Введение. Хронический простатит (ХП) встречается у 20–35% мужчин, главным образом в возрасте 20–45 лет. Частота рецидивов ХП превышает 50 %, а частота психо-эмоциональных нарушений достигает 90%. Очевидным является не только медицинское, но и социальное значение проблемы повышения эффективности диагностики и лечения ХП. На основании системного обзора литературы можно заключить, что в настоящее время отсутствуют четкие диагностические критерии ХП, качество методологии низкое, а наиболее распространенные способы лечения требуют дальнейшего изучения и анализа.

Цель и задачи. Улучшение результатов диагностики и повышение эффективности лечения ХП.

Материал и методы. Проанализированы результаты диагностики и лечения 82 больных ХП, находившихся на лечении в урологической клинике КМУ с 2007 по 2012г. Средний возраст больных составил 34 года. В диагностике использовались клинико-лабораторные, инструментальные, рентгенологические и УЗ - методы исследования.

Результаты. В результате проведенных исследований разработан алгоритм обследования больных ХП. Диагностические мероприятия разделены на 2 группы по приоритетности: а) обязательные: 1. Анкетирование по унифицированным таблицам (опросникам): NIH-CPSI, I-PSS, МИЭФ 2. Диагностика ИППП методом ПЦР 3. Проба Stamey 4. Трёхстаканная проба 5. ТРУЗИ 6. УЗИ мочевого пузыря до и после мочеиспускания (Vres) 7. Урофлоуметрия и б) факультативные: 1. Бактериологическое исследование секрета предстательной железы с определением чувствительности к антибиотикам 2. Исследование эякулята 3. Исследование уродинамики (цистометрия, давление-поток и т.д.) 4. Неврологическое обследование 5. КТ-малого таза 6. ПСА

Выводы. Таким образом, разработанный алгоритм диагностики ХП позволяет последовательно и рационально использовать различные методы исследования в целях оптимизации диагностики, улучшения ее результатов и, соответственно, повышения эффективности лечения.

ВЛИЯНИЕ УБИХИНОНА НА АНТИОКСИДАНТНЫЙ СТАТУС ЭЯКУЛЯТА IN VITRO

Галимова С.Ш.

**Башкирский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Галимова Э.Ф.**

Одним из перспективных препаратов для лечения мужского бесплодия является убихинон (коэнзим Q10) – структурный компонент цепи переноса электронов и непосредственный участник процесса окислительного фосфорилирования. В физиологических условиях убихинон определяется в хорошо измеримых концентрациях в спермальной плазме, где он выполняет важные метаболические и антиокислительные функции. Вместе с тем, молекулярные механизмы антиокислительного действия убихинона остаются малоизученными, что предопределило необходимость проведения настоящей работы.

Оценку состояния свободнорадикальных процессов и антиокислительной активности эякулята проводили с помощью хемилюминесцентного анализа с использованием хемилюминомера ХЛ-003. Об интенсивности люминолзависимой хемилюминесценции судили по светосумме и максимальной амплитуде свечения, которые соответствовали скорости образования активных форм кислорода. Изучение влияния убихинона на процессы генерации активных форм кислорода в сперме было выполнено у здоровых доноров с доказанной фертильностью и у бесплодных мужчин с идиопатической патоспермией.

Как показали наши эксперименты, величина показателя светосуммы свечения эякулята бесплодных мужчин более чем в 3 раза превышала соответствующее значение фертильных доноров ($p < 0,01$), что свидетельствует об угнетении защитных свойств спермоплазмы в виде понижения уровня суммарной антиокислительной активности. В норме суммарная антиокислительная активность, определенная при обследовании здоровых фертильных мужчин – доноров спермы, составляет 35-43%, при более низких значениях суммарная антиокислительная активность является недостаточной. Добавление убихинона в инкубационную среду сопровождалось подавлением свечения эякулята бесплодных мужчин вплоть до полного угнетения. Антиокислительный эффект препарата был дозозависимым – с повышением концентрации убихинона происходило снижение интенсивности хемилюминесценции.

Таким образом, убихинон обладает выраженным протективным действием, что позволяет рекомендовать использование этого препарата в качестве средства нормализации про- и антиокислительного баланса в эякуляте.

АБДОМИНОПЛАСТИКА И ЛИПОСАКЦИЯ ЖИВОТА. ЧТО ЛУЧШЕ ДЛЯ ПАЦИЕНТА? АЛЬТЕРНАТИВА ИЛИ КОМБИНАЦИЯ?

Трондин А.А., Мугинов Р.Н., Халиков М.М.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., доц. Обыдённов С.А.**

Неудовлетворенность внешним видом живота, а именно птоз тканей передней брюшной стенки является основной причиной, которая заставляет обращаться пациентов к пластическому хирургу для проведения эстетической операции. При птозе I – II степени липосакция дает лучший эстетический результат с наименьшим риском послеоперационных осложнений. Общеизвестны и возможности абдоминопластики как самостоятельного метода коррекции избыточных жировых отложений в области живота и укрепления передней брюшной стенки при птозе II – IV степени.

Выбор варианта абдоминопластики определяется следующими факторами:

1. Толщина подкожного жирового слоя и наличие «фартука» в нижнем отделе живота.
2. Степень расхождения прямых мышц живота.
3. Состояние кожи.

4. Наличие старых послеоперационных рубцов и пупочных или вентральных грыж живота.

Эстетически наиболее предпочтительными методами являются миниабдоминопластика или классическая горизонтальная абдоминопластика.

Сочетание липосакции с абдоминопластикой дает лучший косметический результат, однако вероятность послеоперационных осложнений резко возрастает.

Наш опыт оперативного лечения птоза живота 3 – 4 степени выглядит следующим образом: Вначале мы производили только абдоминопластику (18 пациентов), затем начали проводить одновременно липосакцию и абдоминопластику (8), части пациентам выполняли абдоминопластику в сочетании с отсроченной липосакцией(5). Оценивая свои результаты абдоминопластики мы заметили, что: 1) Наибольшее количество послеоперационных осложнений (нагноение, гематомы, серомы) приходится на пациентов, которым было выполнено сочетанное оперативное вмешательство: липосакция и абдоминопластика. 2) Неудовлетворительные косметические результаты получены у пациентов, которым липосакция проводилась после абдоминопластики.

В настоящее время пациентам с птозом живота 3 – 4 степени мы предлагаем и проводим двухэтапное вмешательство. Первым этапом проводим липосакцию передней брюшной стенки, удаляя 4 – 6,5 литров жира и затем, через 4 – 6 месяцев абдоминопластику. Следует отметить, что после липосакции около 50% пациентов старше 50 лет отказались от абдоминопластики, мотивируя отказ удовлетворительным эстетическим результатом

МЕТОД ФОРМИРОВАНИЯ ПСЕВДОТЕСТИКУЛ У ПАЦИЕНТОВ С ГЕНИТАЛЬНЫМИ АНОМАЛИЯМИ

Соколов М.Е., Хазиев А.Д., Галиев И.З
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., доц. Обыдённов С.А.

У пациентов с врожденными генитальными дефектами формирование органов мошонки является достаточно сложной задачей.

Например, при анорхизме, часто сопряженном с резким недоразвитием мошоночного мешка пластические генитальные пособия с перемещением местных тканей в условиях дефицита кожи редко достигают ожидаемого эффекта. Качество повторных же пособий в связи с частым послеоперационным развитием рубцовых деформаций формируемого органа значительно хуже одномоментных.

Применяемое нами в таких случаях оперативное пособие лишено вышеперечисленных недостатков.

Операция выполняется в два этапа.

Мы применяем модификацию бедренномошоночногодермального анастомоза, предложенного в 1936 г. Китли для фимализации низведения яичка по методу Торека-Герцена.

При этом, двумя сопряженными продольными разрезами на мошонке и внутренней поверхности бедра рассекаем кожу; осуществляем тщательный гемостаз. Узловыми швами нитью из полиамидной смолы вколами снаружи вовнутрь при формировании наружных узловых швов создается широкое кожное соустье мошонки с внутренней поверхностью бедра. При условии первичного заживления раны мошоночно-бедренный кожный анастомоз при постоянном наблюдении оформляется за 10-12 суток. При этом пациент с 5-6 суток ведет активный образ жизни.

Серьезной проблемой в данном случае является послеоперационное натяжение анастомоза, препятствующее его первичному заживлению. Профилактикой натяжения мы видим наложение внутреннего лавсанового грубого шва, соединяющего мягкие ткани мошонки и бедренный апоневроз.

Через 1-2 месяца выполняем второй этап операции – формирование псевдотестикул. Сформированный анастомоз по внутренней поверхности бедра широко иссекается с периферической кожей и подкожной клетчаткой.

Сформированный из бедренных тканей широкий связанный с мошонкой лоскут после создания внутреннего достаточного для формирования псевдотестикулывнутрискротального тоннеля инвагинируется в полость мошонки. Рана кожи мошонки ушивается узловыми съемными швами.

Послеоперационный период требует ношения суспензория.

ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ МАЛЫХ ПОЛОВЫХ ГУБ

Мугинов Р.Н., Хайбуллин В.Ш., Хазиахметова Г.Ю.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Баширов Ф.В., к.м.н., доц. Фраучи И.В.

По своей природе малые половые губы очень редко бывают симметричными, а в течение половой жизни зачастую происходит их удлинение (элонгация). Элонгация и асимметрия малых половых губ носят, как правило, врожденный характер. С одной стороны это носит эстетическую проблему, что вызывает сексуальную закомплексованность у многих женщин, с другой стороны гипертрофированные малые половые губы могут вызывать болезненные менструации, а трение губ при ходьбе вызывает их раздражение. Однако более интенсивное растяжение малых половых губ может также быть следствием некоторых хронических заболеваний, сильных тракций в этой зоне.

Показаниями к выполнению пластики малых половых губ являются неудовлетворённость внешним видом малых половых губ и их можно разделить на три группы:

- Эстетические. Если пациентку не устраивает форма или размер малых половых губ, что может вызывать психологический дискомфорт.

- Медицинские показания. Когда имеет место деформация малых половых губ вследствие каких-либо травм, выполненных ранее акушерских пособий, разрывов во время родов.

- Улучшение качества сексуальной жизни.

Операции нами выполнялись под местной анестезией. Следует иметь ввиду, что простое обрезание и ушивание избыточного края малых половых губ может привести к формированию плотного рубца в области края половой губы, снижению их чувствительности и грубому внешнему виду. При выборе методики пластики малых половых губ, так же как и в других случаях эстетических вмешательств на наружных гениталиях, в клинике применяется строго индивидуализированный подход, который бы в конечном итоге смог приблизить пациента к идеальным эстетическим представлениям о себе. Иссечение (не обрезание!) происходит линейно или V-образно, причём в первом случае естественная складчатость, свойственная краям малых половых

губ, исчезает, а во втором случае, и естественная складчатость сохраняется. Шов накладывается внутрикожный, рассасывающийся, косметический.

Полученные результаты: операция уменьшает размер, улучшает форму малых половых губ. Пациентки расстаются с физическим дискомфортом, исчезают комплексы неполноценности и эстетическая неудовлетворенность, неудобства половой жизни, а также улучшается качество сексуальной жизни и облегчается врачебное обследование.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Овчинников П.Д.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н. доц. Зубков А.Ю.

В структуре онкологических заболеваний населения России рак мочевого пузыря занимает 8-е место среди мужчин и 18-е среди женщин. Около 80% пациентов относятся к возрастной группе 50-80 лет, а пик заболеваемости приходится на 7-ое десятилетие жизни.

Цель: Оценить раннюю диагностику у пациентов, страдающих раком мочевого пузыря.

Методы: С целью установления диагноза рака мочевого пузыря, оценки стадии поражения и распространенности онкопроцесса необходимо комплексное обследование, включающее объективный осмотр, пальпацию, лабораторные и инструментальные исследования (ультразвуковая диагностика, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, рентгеновское исследование, цистоскопия, биопсия)

Результаты: Обследовано 40 пациентов в возрасте 58 ± 8 лет. Средний возраст дебюта заболевания составил 60 ± 9 лет. Выявлены достоверные различия в структуре и частоте встречаемости рака мочевого пузыря по половой принадлежности (в соотношении мужского пола к женскому: 5 к 1). В исследуемой группе наблюдалось следующее процентное распределение проявлений рака мочевого пузыря: бессимптомное течение (никаких проявлений) – 95%, гематурия – 92,5%, болезненное, иногда затрудненное мочеиспускание – 80%, боли в нижних отделах живота – 72,5%, боли в паховой области, в крестце – 52,5%, ухудшению общего самочувствия больного – 37,5%.

Диагностика при биопсии выявлено – 100%, цистоскопия – 95%, УЗИ – 82%, компьютерная томография – 60%, рентгеновское исследование – 30%.

Заключение: Высокая частота встречаемости, клиническое разнообразие и плохая курябельность рака мочевого пузыря являются основными факторами, определяющими ухудшение качества жизни пациентов, страдающих этим онкологическим процессом.

Ранняя диагностика рака мочевого пузыря снижает процент смертности и улучшает качество жизни пациентов.

ФАРМАЦИЯ

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ИНТЕРПОЛИМЕРНЫХ КОМПЛЕКСОВ Eudragit EPO/L100(S100) КАК НОСИТЕЛЕЙ ДЛЯ ГАСТРОРЕТЕНТИВНОЙ СИСТЕМЫ ДОСТАВКИ

Исмагилова Л.Г.

Казанский государственный медицинский университет

Руководители – к.фарм.н., доц. Мустафин Р.И, асп. Буховец А.В.

Актуальность: Известно, что многие лекарственные вещества эффективно абсорбируются только в верхней части желудочно-кишечного тракта, а именно - в желудке и проксимальной области тонкого кишечника. Короткий период прохождения лекарственного препарата из желудка в кишечник (от одного до двух часов) существенно ограничивает его биологическую доступность. В таких случаях необходимо увеличение времени пребывания лекарственного препарата в верхней части желудочно-кишечного тракта для повышения биологической доступности. Гастроретентивные лекарственные формы, то есть удерживаемые в желудке, обладают такими свойствами. Благодаря чему могут значительно повысить эффективность лечения препаратами, рассчитанными на длительный курс приема, при лечении хронических заболеваний, в гормональной терапии, а также упростить лечебный процесс, сочетающий применение нескольких лекарственных препаратов.

Цель: изучение физико-химических и диффузионно-транспортных свойств интерполимерных комплексов Eudragit EPO/L100 (S100) с позиции применения их в гастроретентивных системах доставки.

Объекты исследования: ИПК на основе химически комплементарных сополимеров Eudragit EPO и Eudragit L100 (S100); модельные лекарственные вещества – метронидазол, ацикловир.

Методы исследования: Изучение набухающей способности поликомплексных матриц в среде, имитирующей желудок, проводили по известной методике, используя в качестве среды 0,1 М соляную кислоту, через определенные промежутки времени проводили взвешивание образцов.

Для оценки перспективности использования интерполимерных комплексов в качестве носителей для контролируемой внутрижелудочной доставки лекарственных веществ изучали высвобождение модельного лекарственного вещества в среде, имитирующей желудок.

Результаты: Таким образом, в результате проведенных исследований, произведен научно-обоснованный подбор композиций на основе ИПК Eudragit EPO/L100 (S100) для дальнейшей разработки на их основе гастроретентивных систем доставки лекарственных веществ.

СОЛЕОБРАЗОВАНИЕ КАК СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ РАСТВОРИМОСТИ 2-МЕТИЛТИО-6-НИТРО-1,2,4-ТРИАЗОЛО[5,1-С]-1,2,4-ТРИАЗИН-7(4Н)-ОНА, ЭФФЕКТИВНОГО ПРОТИВОВИРУСНОГО АГЕНТА

Новикова Н.А.

**Уральская государственная медицинская академия
Руководитель - д.фарм.н., проф. Петров А.Ю.**

Цель. Растворимость 2-метилтио-6-нитро-1,2,4-триазоло[5,1-с]-1,2,4-триазин-7(4Н)-она не допускает мысли о создании жидкой лекарственной формы (4%). Ранее уже был синтезирован ряд солей, однако почти все они потенциальные канцерогены. Поэтому целью работы было поставлено получить раствор данного соединения максимальной концентрации путем перебора противоиона из группы аминокислот.

Методы исследования. 1Н ЯМР (AVANCE DRX-400, 500 МГц, D₂O, стандарт – ТМС). ИК (Nikolet 6700 диапазон 400-4000 см⁻¹). УФ (UV-2401РС диапазон 190-900 нм).

Полученные результаты. Глицинаммониевая соль: 1Н ЯМР в D₂O, δ , ppm: 2,65 (3Н, с, SCH₃), 3,81 (2Н, с, CH₂). ИК-спектр ν /см⁻¹: 3022 (NH₃⁺), 2896 (CH₃), 1698 (C=O), 1621 (N=N), 1557 и 1312 (NO₂). УФ-спектр 0,0004% раствор лмакс/нм: 220, 260, 360. Растворимость 8%.

Аспарагиновая соль: 1Н ЯМР в D₂O, δ , ppm: 2,67 (3Н, с, SCH₃), 3,08-3,09 (2Н, д, CH₂), 4,25 (1Н, т, CH). ИК-спектр ν /см⁻¹: 3104 (NH₃⁺), 2945 (CH₃), 1695 (C=O), 1621 (N=N), 1592 и 1374 (NO₂), 1737 (COOH). Растворимость 0,6%.

Глутаминовая соль: 1Н ЯМР в D₂O, δ , ppm: 2,22-2,24 (2Н, м, C₄H₂), 2,62 (2Н, м, C₃H₂), 2,67 (3Н, с, SCH₃), 4,05 (1Н, т, CH). Растворимость 0,7%.

Аминокапроновая соль: 1Н ЯМР в D₂O, δ , ppm: 1,40 (2Н, м, C₂H₂), 1,62-1,67 (4Н, м, C₃H₂C₄H₂), 2,39 (2Н, т, C₅H₂), 2,67 (3Н, с, SCH₃), 3,00 (2Н, т, C₆H₂). ИК-спектр ν /см⁻¹: 3124 (NH₃⁺), 2919 (CH₃), 1681 (C=O), 1596 (N=N), 1596 и 1377 (NO₂), 1716 (COOH). УФ-спектр 0,0002% раствор лмакс/нм: 220, 260, 360. Растворимость 5%.

Лизинаммониевая соль ди[2-метил-6-нитро-4,7-дигидро-1,2,4-триазоло[5,1-с]-1,2,4-триазин-7(4Н)-она]. 1Н ЯМР в D₂O, δ , ppm: 1,58 (2Н, м, C₂H₂), 1,80 (2Н, м, C₃H₂), 2,03 (2Н, м, C₄H₂), 2,57 (6Н, с, 2(SCH₃)), 3,10 (2Н, т, C₅H₂), 4,09 (1Н, т, CH). Растворимость 3%.

Заключение. Было достигнуто двукратное увеличение растворимости исследуемой субстанции путем солеобразования с глицином, что может послужить фундаментом создания жидких лекарственных форм препарата.

ИЗУЧЕНИЕ АНТИМИКРОБНОЙ АКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА ИЗ ЗВЕРБОЯ ПРОДЫРЯВЛЕННОГО

Сидорова Н.Ю.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., проф. Мусина Л.Т., к.б.н., доц. Хазиев Р.Ш.**

Одно из наиболее известных растительных средств в арсенале современной медицины – трава зверобоя, обладающая противовоспалительным, антисептическим и антидепрессантным действием. К сожалению, отечественная промышленность практически прекратила выпуск препаратов на основе этого популярного растения. В аптеках не найти настойки зверобоя, еще раньше был прекращен выпуск антимикробного препарата из зверобоя продырявленного – «Новоиманина». В тоже время в России успешно продаются зарубежные антидепрессантные препараты на основе экстрактов зверобоя – «Деприм», «Негрустин», «Гелариумгиперикум». Действующие вещества травы зверобоя представлены несколькими группами природных соединений, ответственными за его антимикробные свойства считаются соединения флороглюцинового ряда (гиперфорин и др.). Целью нашего исследования было получение препарата из травы зверобоя путем избирательной экстракции производных гиперфорина и изучения его антимикробной активности. Экстракция травы зверобоя петролевым эфиром позволила получить препарат, обогащенный гиперфоринном и его производными.

Микробиологическая активность полученного препарата изучалась методом двукратных серийных разведений в мясо-пептонном бульоне (рН 7,0) с тест-микробом Staphylococcus aureus ATTC 6538-Р. Однако метод серийных разведений в мясо-пептонном бульоне не позволил визуально определить наличие или отсутствие роста из-за мутности первоначального раствора.

Для устранения этого недостатка фармакопейной методики нами был разработан метод, где антибактериальную активность извлечений определяли, используя мясо-пептонный агар, на поверхность которого в чашках Петри методом репликации из каждой пробирки делали пересевы и инкубировали в термостате в течение 18-24 часов. Разведение извлечения, на котором отсутствовал рост тест-штамма, характеризовало его антибактериальную активность.

Полученные результаты показали, что препарат из травы зверобоя продырявленного, проявляет выраженную антибактериальную активность и представляет интерес для дальнейшего изучения.

РАЗРАБОТКА СОСТАВА И ТЕХНОЛОГИИ СИРОПА АМИНОКАПРОНОВОЙ КИСЛОТЫ

Григорьева О.Н.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.фарм.н., доц. Меркурьева Г.Ю.**

Известно, что аминокaproновая кислота, блокируя активаторы плазминогена и частично угнетая действие плазмина, оказывает специфическое кровоостанавливающее действие при кровотечениях, связанных с повышением фибринолиза. Ее применяют для остановки кровотечений при хирургических вмешательствах и при различных патологических состояниях, при которых повышена фибринолитическая активность крови и тканей. Существуют две лекарственные формы аминокaproновой кислоты: гранулы для приготовления раствора для приема внутрь для детей по 60 г и 5% раствор для инфузий во флаконах по 100 мл. Использование в педиатрической практике лекарственной формы «гранулы для приготовления раствора» имеет некоторые неудобства такие, как отталкивающие органолептические свойства, небольшой срок хранения растворов, изготовленных растворов. Поэтому создание сиропа аминокaproновой кислоты позволит применять ее в детской практике и устранить недостатки предыдущих лекарственных форм.

Целью нашей работы является разработка состава и технологии сиропа с аминокaproновой кислотой для применения в педиатрии. Для реализации поставленной цели были изготовлены образцы основ содержащих сорбит, сахарозу, фруктозу в различных соотношениях с добавлением гидроксипропилцеллюлозы, метилцеллюлозы в качестве загустителей в различных концентрациях. Образцы представляли собой бесцветные прозрачные вязкие растворы без запаха, сладкого вкуса.

Для отбора основ использовались методы определения вязкости с помощью вискозиметра Гепплера и определения плотности с помощью пикнометра.

В результате проведенных исследований установлено, что оптимальной вязкостью обладают составы с содержанием 40% сорбита, сорбита и сахарозы 1:1, сорбита и фруктозы 1:1 с добавлением 0,5% гидроксиэтилцеллюлозы.

РАЗРАБОТКА СОСТАВА И ТЕХНОЛОГИИ МАЗИ РАНОЗАЖИВЛЯЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ

Шайхутдинова Р.В.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – д.фарм.н., доц. Камаева С.С.

Проблема лечения ран, несмотря на большое разнообразие предлагаемых методов и препаратов, остается актуальной. В большинстве случаев при лечении ран предпочтение отдается местному медикаментозному лечению. Следует отметить, что эффективность предлагаемой терапии зависит от правильного выбора лекарственного средства и лекарственной формы, в которой оно должно быть применено. На различных стадиях раневого процесса используют различные лекарственные средства: противовоспалительные, противомикробные, растительные. Однако каждый из них обладает своим недостатком: высокая токсичность, большое количество побочных эффектов, отсутствие болеутоляющего действия, несовершенство состава и другие.

Целью нашего исследования является разработка оптимального состава мази ранозаживляющего действия и определения фармацевтической доступности лидокаина в мази с витаминами А, Е и лидокаином. Для реализации поставленных целей изготавливались мази с содержанием 0,5 лидокаина, витамина А 10,0 и витамина Е 14,5 на 100 грамм мази. В состав основ входили: вазелин, ланолин, Т-2, эмульсионные воски, ПЭО-400, Na-КМЦ в разных соотношениях и использовалась готовая мазевая основа «Мюстелла». Фармацевтическая доступность лидокаина определялась по результатам прохождения действующего вещества через полупроницаемую мембрану, с последующим титрованием диализата алкалиметрическим методом.

Результаты проведенных нами исследований основ показали, что мазевые основы содержащие Na-КМЦ не смешиваются с действующими веществами, что не позволяет их применять при разработке состава нашей мази.

Исследования, проведенные для определения фармацевтической доступности мазей различного состава, свидетельствуют о наиболее полном высвобождении лидокаина из мази, изготовленной на готовой мазевой основе «Мюстелла».

МНОГОФАКТОРНОЕ МАТЕМАТИЧЕСКОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ ПОТРЕБНОСТИ В ПРОТИВОАСТМАТИЧЕСКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТАХ ДЛЯ СТАЦИОНАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН

Шубина К.А.

Казанский государственный медицинский университет

Руководители - д.фарм.н., проф. Шакирова Д.Х., Камаева А.З.

Бронхиальная астма (БА) – хроническое заболевание, представляющее важнейшую социально-медицинскую проблему. В Республике Татарстан БА является наиболее распространенным аллергическим заболеванием, характеризующимся ростом заболеваемости (за последние 5 лет с 28,5 до 35,3 тыс. человек) и ростом затрат бюджетов всех уровней на прямые и косвенные расходы при лечении БА.

Лекарственная помощь больным БА оказывается за счет регионального и федерального бюджетов, как на амбулаторном, так и на стационарном этапах лечения. Напряженная эпидемиологическая ситуация в Республике Татарстан, проблемы в оказании лекарственной помощи и постоянный дефицит бюджетных средств требуют оптимизации управленческих процессов, в том числе по прогнозированию потребности в противоастматических лекарственных препаратах на госпитальном этапе.

Целью исследования являлось составление прогноза потребности в противоастматических лекарственных препаратах (ПАЛП) для стационарных учреждений здравоохранения Республики Татарстан. В процессе исследования использовались методы системного, корреляционно-регрессионного, математико-статистического анализов, метод экспертной оценки.

Методами логического анализа и последующей экспертной оценки врачами-аллергологами, пульмонологами, терапевтами были отобраны факторы, оказывающие наибольшее влияние на потребление ПАЛП (число врачей-терапевтов, аллергологов; число коек, численность населения, заболеваемость и др.). Методом корреляционно-регрессионного анализа рассчитаны математические модели потребности в противоастматических лекарственных препаратах для стационарных учреждений здравоохранения Республики Татарстан.

Прогнозирование потребности в лекарственных препаратах для лечения БА на основе разработанных математических моделей позволит более рационально использовать бюджетные средства, что будет способствовать повышению уровня доступности и эффективности лекарственной помощи больным БА на региональном уровне.

МАРКЕТИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОТРЕБЛЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ БОЛЬНЫМИ РОЖЕЙ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ

Гибадуллина Р.Г.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - д.фарм.н., проф. Шакирова Д.Х.

Цель исследования. Формирование госпитального перечня антибактериальных препаратов для лечения рожи для республиканской клинической инфекционной больницы Министерства здравоохранения Республики Татарстан.

Методы исследования. В процессе исследования необходимо использовать методы социологического опроса, статистического анализа, контент-анализ; метод структурного анализа ассортимента; метод экспертной оценки.

Полученные результаты. В ходе исследования был проведен структурный анализ ассортимента лекарственных средств, применяемых при лечении рожи. Для структурного анализа ассортимента антибактериальных препаратов использовался Государственный реестр ЛС РФ по состоянию на декабрь 2011 года. В результате было выделено 65 международных непатентованных наименований (МНН) действующих веществ, которые представлены на фармацевтическом рынке России 435 торговыми названиями. Лекарственные средства, применяемые при лечении данного инфекционного заболевания, относятся к 24 фармакологическим группам. Наибольшим количеством МНН представлены антибактериальные средства широкого спектра действия.

Для проведения социологического опроса разработаны анкеты, состоящие из 22 вопросов. Группа респондентов представлена следующими категориями врачей: инфекционисты, терапевты, хирурги и дерматологи.

С целью ранжирования антибактериальных препаратов по основным потребительским свойствам был использован метод экспертной оценки в форме очного и заочного анкетирования как врачей-инфекционистов, терапевтов, хирургов и дерматологов, так и провизоров.

Заключение. Полученные результаты исследования и проведение в дальнейшем ABC/VEN-анализа позволит сформировать госпитальный перечень антибактериальных препаратов для лечения рожи для республиканской клинической инфекционной больницы Министерства здравоохранения Республики Татарстан.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПОТРЕБНОСТИ В ПРОТИВОАСТМАТИЧЕСКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТАХ МЕТОДОМ МНОГОФАКТОРНОГО МАТЕМАТИЧЕСКОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ

Камаева А.З.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.фарм.н., проф. Шакирова Д.Х.**

Бронхиальная астма – наиболее распространенное аллергическое заболевание в Республике Татарстан. Напряженная эпидемиологическая ситуация в Республике Татарстан и постоянный дефицит бюджетных средств требуют оптимизации управленческих процессов, в том числе по прогнозированию потребности в противоастматических лекарственных препаратах на госпитальном этапе.

Целью исследования являлось составление прогноза потребности в противоастматических лекарственных препаратах (ПАЛП) для стационарных учреждений здравоохранения Республики Татарстан. Для построения моделей применялся метод многофакторного математического моделирования с использованием корреляционно-регрессионного анализа, который позволяет учесть многофакторную природу потребления лекарственного средства и степень влияния каждого фактора на процесс потребления каждого препарата. Для определения факторов, оказывающих наибольшее влияние на потребность в ПАЛП, была разработана анкета экспертной оценки, состоящая из двух блоков. В первом блоке эксперту необходимо было отметить свои профессиональные данные – специальность, должность, стаж работы, наличие ученой степени. Второй блок содержал перечень факторов, оказывающих влияние на потребность в ПАЛП. Для анализа были отобраны ПАЛП, постоянно закупаемые учреждениями здравоохранения в ГУП «Таттехмедфарм» и входящие в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.

Разработанные математические модели для прогноза потребности в ПАЛП для стационарных учреждений здравоохранения Республики Татарстан позволят рационально использовать бюджетные средства, выделяемые на оказание лекарственной помощи больным бронхиальной астмой. Однако, для ряда лекарственных препаратов выявлена необходимость составления прогноза потребности с применением математических моделей сезонных колебаний.

ИЗУЧЕНИЕ ЭКСТРАКЦИИ ВКВ-1 ИЗ ВОДНЫХ РАСТВОРОВ ОРГАНИЧЕСКИМИ РАСТВОРИТЕЛЯМИ

Мантуров Д.С., Мельник М.В., Карпенко Ю.Н.

**Пермская государственная фармацевтическая академия
Руководитель – д.фарм.н., проф. Ярыгина Т.И.**

Новое биологически активное соединение ВКВ-1 (производное 3-гидрокси-3-пирролин-2-она), синтезированное в Пермской фармацевтической академии, проявляет антиамнестическое действие на уровне пираретама и находится на доклиническом этапе исследования.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей экстракции соединения ВКВ-1 из водных растворов рядом органических растворителей. Полученные данные позволят в дальнейшем разработать высокоэффективные методы его извлечения из биологических объектов (биожидкостей и внутренних органов), что является необходимым условием при изучении фармакокинетики потенциального препарата.

В качестве экстрагентов были апробированы следующие органические растворители: диэтиловый эфир, петролейный эфир, этилацетат, хлороформ, бутанол, а также смесь хлороформ – н-бутанол в соотношении 9:1.

К 1 мл водного раствора ВКВ-1 (100 мкг/мл) добавляли 9 мл универсальной буферной смеси Бриттона-Робинсона с определенным значением pH (в диапазоне от 2 до 12) и 10 мл экстрагента. Время экстракции – 5 минут. Органическую фазу отделяли, упаривали в токе теплого воздуха, сухой остаток растворяли в 1 мл фосфатного буфера с pH 7. Эффективность экстракции контролировали методом обращено-фазовой хроматографии в изократическом режиме на микроколоночном хроматографе «Миличром А-02».

Установлено, что экстракция ВКВ-1 зависит как от природы органического растворителя, так и от pH водного раствора. Наиболее эффективно изучаемое соединение экстрагируется из водных растворов при pH 2 – 3 хлороформом (92-93%), смесью хлороформ – н-бутанол (95-96%), бутанолом (89-91%), этилацетатом (90-93%), диэтиловым эфиром (80 – 82%). При использовании в качестве экстрагента петролейного эфира степень экстракции ВКВ-1 из водных растворов не зависит от реакции среды и не превышает 2 % во всем выбранном диапазоне pH.

Таким образом, в результате проведенного эксперимента определено оптимальное для извлечения вещества значение pH среды и выбраны перспективные для дальнейшего исследования экстрагенты.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ШТАТНОЙ ЧИСЛЕННОСТИ ПРОВИЗОРОВ И ФАРМАЦЕВТОВ АПТЕЧНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ОТПУСКОМ ГОТОВЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Якупова Р.Р.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.фарм.н., асс. Гарифуллина Г.Х.**

Для экономической стабильности аптечных организаций необходимо снижение всех видов затрат, в том числе затрат труда. Поэтому важное значение имеет использование прогрессивных норм труда, точного учета трудовых затрат, что позволяет принимать экономически обоснованные решения в области управления. К целевым назначениям нормирования труда отно-

сятся: правильное установление численности работников и доля участия каждого из них в общем трудовом процессе; рациональная расстановка и использование кадров; совершенствование организации труда. Важно так же обеспечивать защиту прав и интересов работников аптечных организаций, так как установление объективных и точных критериев позволяет измерять затраты и результаты труда с учетом потребностей работника в содержательности, условиях, оплате труда.

Целью данной работы является определение численности необходимого фармацевтического персонала, обслуживающего население, с позиции научной организации труда.

Для достижения поставленной цели был определен объем работ, выполняемых провизором (фармацевтом) в аптеке отпуска готовых лекарственных средств и рассчитана нормативная трудоемкость путем проведения хронометражных наблюдений; были проанализированы факторы, влияющие на трудоемкость выполняемых работ и рассчитана численность провизоров (фармацевтов), обслуживающих население в данных аптеках.

Методология исследования базировалась на теоретико-методологических разработках в области социологических исследований.

Объектами исследований явились аптеки государственной формы собственности.

Исследования проводились с использованием аналитически-исследовательского, аналитически-расчетного и математического методов, литературных материалов, нормативно-правовых документов, анкет социологического опроса, карт хронометражных наблюдений. Полученную информацию обрабатывали с помощью современных компьютерных технологий.

Результаты работы носят рекомендательный характер с целью аргументированного обоснования штатной численности аптеки, занимающейся отпускаем готовых лекарственных средств.

АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА ПРЕПАРАТОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВИРУСА ПРОТОГО ГЕРПЕСА ГУБ В Г. КАЗАНИ

Сафарова Ф.Ф.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - д.фарм.н., проф. Шакирова Д.Х.

Проблема герпеса губ в настоящее время становится все более значимой. Заболевание становится хроническим с частыми рецидивами. Инфекционные заболевания, вызванные вирусами семейства герпес, являются одними из наиболее распространенными и обуславливают развитие широкого спектра клинических проявлений. Несмотря на многочисленные исследования в области клинической вирусологии проблемы герпес-вирусной инфекции и прежде всего простого герпеса не теряют актуальности.

Целью наших исследований является анализ ассортимента лекарственных препаратов, используемых для лечения вируса герпеса губ в г. Казани. В ходе исследования используются методы структурного анализа ассортимента и экспертных оценок.

Для структурного анализа ассортимента лекарственных препаратов использовался Государственный реестр по состоянию на декабрь 2011 года. Противогерпетические средства представлены 14 международными непатентованными названиями и 112 торговыми наименованиями, большинство из которых относятся к группе противовирусных нуклеозидных препаратов. Выявлены 59 фирм-производителей, 68,75% из которых зарегистрированы на территории России. Среди выпускаемых лекарственных форм лидирующие положения занимают таблетки (36,7%), крема (12,75%) и мази (10,71%).

С целью изучения основных потребительских свойств противогерпетических препаратов, был выбран метод экспертных оценок. С помощью формулы бесповторного отбора определили необходимое количество экспертов. В форме очного и заочного анкетирования было опрошено 63 респондента. На основе полученных результатов было проведено ранжирование препаратов по основным потребительским свойствам. Первое место занимает Зовиракс в форме крема и мази, содержащий действующее вещество ацикловир. Второе место принадлежит Ацикловиру в виде мази и четвертое – в ЛФ таблетки. Ацикловир – противовирусный препарат, особенно эффективный в отношении вирусов простого герпеса. Согласно мнению экспертов третье место следует отдать препарату Виферон в форме суппозитории.

РАЗРАБОТКА МЕДИЦИНСКОГО КАРАНДАША С АЦИКЛОВИРОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВИРУСА ПРОСТОГО ГЕРПЕСА ГУБ

Сафарова Ф.Ф.

Казанский государственный медицинский университет

Руководители – к.фарм.н., доц. Меркурьева Г.Ю. , д.фарм.н., проф. Шакирова Д.Х.

Известно, что герпетические инфекции, относятся к числу наиболее распространенных в мире. По имеющимся данным, герпес является одной из самых распространенных вирусных инфекций человека. Около 90% населения земного шара инфицировано вирусом простого герпеса и 20% из них имеют те или иные активные клинические проявления инфекции.

Целью работы явилось создание медицинского карандаша с ацикловиром для лечения простого герпеса губ.

Объектами исследования являлась субстанция ацикловира, отвечающая требованиям нормативной документации, а также исследуемые образцы разработанных основ. В работе использовались технологические, физико-химические методы и метод равновесного диализа по Кривчинскому. Стабильность лекарственных форм исследовалась методом ускоренного хранения.

Для реализации поставленной цели были изготовлены образцы основ содержащих масло какао, парафин, пчелиный воск, масло миндальное, ПЭГ-400 и ПЭГ-1500 в различных комбинациях.

В результате технологических исследований установлено, что наилучшими упруго-пластичными свойствами обладают карандаши, приготовленные на основе пчелиного воска и напротив, карандаши, приготовленные на парафиновой основе, которые образуют твердые, хрупкие с выраженной кристаллизацией структуры, обладающие плохой намазываемостью основы. Комбинированные основы, содержащие пчелиный воск и парафин в различных соотношениях позволяют получить карандаши с оптимальными свойствами.

РАЗРАБОТКА МЕТОДИК ИДЕНТИФИКАЦИИ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНОГО ВЕЩЕСТВА С ПСИХОТРОПНОЙ АКТИВНОСТЬЮ

Макарова Е.А.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.фарм.н., доц. Мустафин Р.И.**

Направленный поиск биологически активных веществ (БАВ) среди фосфорсодержащих органических соединений, имеющих в своей структуре четырехкоординированный атом фосфора, привел к открытию психотропной активности в ряду гидразидовфосфорилированных уксусных кислот. Сотрудниками кафедры фармакологии Казанского ГМУ детально были изучены препараты «КАПАХ» и «Фосфабензид», для которых были разработаны методики контроля качества. Продолжением данных исследований стало изучение нового БАВ 3607, обладающего выраженной психотропной активностью.

Цель настоящего исследования - разработать оптимальные методики качественного и количественного определения БАВ 3607. Для установления подлинности БАВ использовали физико-химические методы ИК - и УФ-спектрофотометрию, рекомендованные ГФ XII, а также качественные реакции по гидразидной группе. Количественное содержание 3607 в субстанции определяли методом прямой УФ-спектрофотометрии.

Результаты исследования показали, что ИК- спектр 3607 имеет характеристические полосы поглощения фосфорильной $P=O$ (1191 см^{-1}), карбонильной $C=O$ ($1642, 1454 \text{ см}^{-1}$) и гидразидной $NHNH_2$ (3392 см^{-1}) групп. УФ-спектр поглощения $0,02\%$ раствора субстанции в области от 250 до 300 нм имеет максимумы поглощения при $263, 270$ и 275 нм , что объясняется электронными переходами в ароматических кольцах. Исследованы окислительно-восстановительные реакции 3607 с известными окислителями, предложена высокочувствительная реакция с перманганатом калия. Разработана методика количественного анализа субстанции 3607 методом УФ-спектрофотометрии; подобраны оптимальные условия проведения количественного определения, установлено, что концентрации рассчитываются по удельному показателю поглощения, по раствору стандартного образца или по калибровочной кривой. Относительная ошибка определения для водных растворов составляет не более $\pm 0,72\%$. Таким образом, нами изучены основные физико-химические свойства БАВ 3607, разработаны методики контроля качества, а также методика количественного определения методом УФ-спектрофотометрии.

СТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА ПРОТИВОАСТМАТИЧЕСКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

Камаева А.З.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.фарм.н., проф. Шакирова Д.Х.**

Бронхиальная астма — одно из наиболее распространенных заболеваний дыхательной системы среди людей во всем мире. Значимая роль при лечении бронхиальной астмы отводится фармакотерапии. Лекарственные препараты, используемые для лечения больных бронхиальной астмой, классифицируют как препараты для оказания экстренной помощи и средства для базисной терапии.

Целью исследования было определить макро- и мезоконтуры фармацевтического рынка противоастматических препаратов методом структурного анализа ассортимента. По состоянию на 1 ноября 2012 года в Государственный реестр лекарственных средств России включено 181 наименование противоастматических препаратов с учетом формы выпуска (28 международных непатентованных наименований (МНН), 144 торговых наименований (ТН)), из них 14 наименований — комбинированные препараты (6 МНН, 9 ТН). За последние 5 лет (2008-2012 гг.) в России зарегистрировано 10 новых лекарственных препаратов с учетом форм выпуска под 92 торговыми наименованиями. Поставщиками на российском рынке данных лекарственных средств являются 94 фирмы-производителя из 25 стран, около трети ($31,63\%$) производятся в России, среди лекарственных форм преобладают пероральные – $37,57\%$, что можно объяснить большим количеством отечественных производителей препаратов преднизолона, теофиллина, аминофиллина. Доля ингаляционных лекарственных форм составляет $35,91\%$, удельный вес отечественных препаратов среди них составляет $15,91\%$. На фармацевтическом рынке Республики Татарстан, согласно результатам анализа прайс-листов крупнейших республиканских дистрибуторов, фактически присутствует 24 МНН, 60 ТН препаратов, используемых для лечения астмы. Рассчитанные коэффициенты широты и глубины ассортимента составляют, соответственно, $0,8$ и $0,44$.

Таким образом, определены макро- и мезоконтуры рынка противоастматических препаратов, выявлен широкий ассортимент, наличие большого числа дженериков и лекарственных форм, что необходимо учитывать при разработке подходов к оптимизации лекарственного обеспечения больных бронхиальной астмой на региональном уровне.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ АНАЛИЗА ЛИСТЬЕВ ЭВКАЛИПТА ПРУТОВИДНОГО

Макарова А.С.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.б.н., доц. Хазиев Р.Ш.**

Вышедшие в последние годы нормативные документы на листья эвкалипта прутовидного (фармакопейные статьи предпочтений «Красногорсклексредства», «Галенофарм», «Фитофарм») в дополнение к статье Государственной фармакопеи на это сырье включают в себя качественное определение основных групп биологически активных веществ. Терпеноидные соединения обнаруживаются цветной реакцией с резорцином и тонкослойной хроматографией на силикагеле после опрыскивания анисовым альдегидом, фенолальдегиды – по максимуму поглощения при 278 нм в УФ-свете, дубильные вещества – цветной реакцией с железоммонийными квасцами. Главными действующими веществами листьев эвкалипта прутовидного признаются в настоящее время терпеноидные фенолальдегиды – именно по содержанию этих соединений осуществляется количественная стандартизация этого сырья. На наш взгляд и качественная идентификация листьев эвкалипта прутовидного должна осуществляться по этой группе соединений. Запись УФ-спектра в упомянутых фармакопейных статьях осуществляется у суммарных спиртовых извлечений, которые содержат большое количество других фенольных соединений, поглощающих свет в той же области спектра, что и фенолальдегиды. УФ-спектр спиртового экстракта записанный нами имел в измеряемом диапазоне скорее точку перегиба, нежели четко выраженный максимум, что подтверждало наше мнение о поглощении сопутствующих веществ в этом диапазоне. Для записи УФ-спектра мы использовали гексановый экстракт из листьев эвкалипта прутовидного, который избира-

тельно извлекает фенолальдегиды, не экстрагируя другие фенольные соединения. Полученный экстракт имел четко выраженный максимум поглощения при 278 нм. Подвергнув гексановый экстракт тонкослойной хроматографии на пластинках «Сорбфил» в системе растворителей хлороформ-этанол (1:1) мы реакциями с железоммонийными квасцами (фиолетовая окраска – фенольный гидроксил) и 2,4-динитрофенилгидразином (оранжевая окраска – альдегидная группа) обнаружили три зоны фенолальдегидов с $R_f = 0,4; 0,6$ и $0,7$. Другие соединения фенольной природы в гексановом экстракте отсутствовали.

ИССЛЕДОВАНИЕ НОСИТЕЛЕЙ НА ОСНОВЕ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ CARBOPOL®

Гарипова В.Р., Буховец А.В., Ситенков А.Ю.

Казанский государственный медицинский университет

Руководители – к.фарм.н., доц. Мустафин Р.И. , д.м.н., проф. Семина И.И.

Использование различных полимеров в современной фармацевтической промышленности занимает существенную долю всех вспомогательных веществ. Особо интересным является получение новых соединений на их основе - интерполимерных, а в случае полиэлектролитов – интерполиэлектролитных комплексов. Последние, в свою очередь, приобретают отличные от исходных полимеров свойства, такие как улучшенные технологические, диффузионно-транспортные характеристики, что дает перспективу для создания на их основе систем с контролируемой доставкой лекарственных веществ. Целью нашего исследования явилось исследование высвобождения модельных лекарственных веществ диклофенака натрия, теофиллина, а также фармакокинетические исследования на основе матриц, полученных ранее интерполиэлектролитных комплексов, образованных химически комплементарными марками редкосшитой полиакриловой кислоты (Carbopol®, Noveon®) с поликатионами (Eudragit® EPO, хитозаном). Задачи: исследовать высвобождение диклофенака натрия, теофиллина на основе матриц с поликомплексами и физическими смесями, а также матриц, покрытых полимером Eudragit® L100-55. Кроме этого задачей является проведение фармакокинетических исследований диклофенака натрия на основе синтезированных поликомплексов. Согласно проведенным испытаниям полученные образцы поликомплексов показали с одной стороны сходство в профилях высвобождения, так высвобождение труднорастворимого диклофенака натрия происходит по уравнению нулевого порядка у всех исследуемых образцов носителей, а хорошо растворимого теофиллина - в соответствии с уравнением первого порядка. Использование Eudragit® L100-55 значительно снижает уровень высвобождаемого модельного вещества, что можно связать с образованием поликомплекса с матрицей. Физические смеси на основе исследуемых марок полимеров характеризуются более низкими показателями высвобождения по сравнению с соответствующими поликомплексами. Исследования фармакокинетики диклофенака натрия показали, что концентрация лекарственного вещества в сыворотке крови постепенно увеличивается и достигает максимума к 8 часу эксперимента, что доказывает перспективность использования синтезированных поликомплексов в качестве носителей для контролируемой доставки лекарственных веществ.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ИНТЕРПОЛИМЕРНЫХ КОМПЛЕКСОВ НА ОСНОВЕ ХИМИЧЕСКИ КОМПЛЕМЕНТАРНЫХ СОПОЛИМЕРОВ EUDRAGIT® С ПОЗИЦИИ ПРИМЕНЕНИЯ ИХ В КАЧЕСТВЕ НОСИТЕЛЕЙ ДЛЯ КОНТРОЛИРУЕМОЙ ДОСТАВКИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ

Буховец А.В.

Казанский государственный медицинский университет

Руководители – к.фарм.н., доц. Мустафин Р.И. , д.м.н., проф. Семина И.И.

Известно, что эффективность лекарственного препарата зависит от биодоступности лекарственных веществ, входящих в его состав. Поэтому важным является разработка специальных подходов, повышающих биодоступность, один из которых – применение специфических носителей для доставки лекарственных веществ в зону их оптимального всасывания.

Целью настоящей работы является сравнительная физико-химическая и фармацевтическая оценка поликомплексных носителей, полученных на основе химически комплементарных сополимеров Eudragit® в различных средах (водно-спиртовой, смеси ацетон-изопропанол, тетрагидрофуран).

Для исследования синтезированных нами поликомплексов использовали комплекс физико-химических (вискозиметрия, гравиметрия, ИК-спектроскопия, ДСК-МТ), фармацевтических (изучение диффузионно-транспортных свойств, кинетики высвобождения модельных лекарственных веществ) и фармакологических (определение фармакокинетических параметров, исследование токсичности) методов.

Согласно результатам физико-химических исследований, условия получения и среда растворения полимеров влияют на состав, структуру и свойства синтезируемых поликомплексов. Методами ДСК-МТ и ИК-спектроскопии доказана химическая однородность полученных образцов, полная совместимость и индивидуальность. Полученные носители обеспечивают различные типы высвобождения модельных лекарственных веществ (диклофенак натрия, теофиллин, ацикловир), что открывает возможности создания лекарственных форм с заданными фармакокинетическими параметрами. При исследовании основных фармакокинетических параметров на животных (кролики) было выявлено, что поликомплексные системы с лекарственным веществом характеризуются высокой биологической доступностью.

Таким образом, исходя из проведенных исследований, можно сделать вывод о перспективности применения интерполимерных комплексов на основе химически комплементарных сополимеров Eudragit®, полученных в различных средах, в системах с контролируемой доставкой различных лекарственных веществ, с целью повышения их биодоступности.

КУЛОНОМЕТРИЧЕСКОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВОДЫ В СУБСТАНЦИИ МОКСИФЛОКСАЦИНА ГИДРОХЛОРИДА

Калинкина Е.А.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.х.н., доц. Абдуллина С.Г.

Содержание воды в фармацевтической субстанции – один из показателей ее качества. Британская Фармакопея рекомендует проводить определение воды в субстанции моксифлоксацина гидрохлорида объемным (классическим) методом 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, так как в этом случае титрант вводится не с помощью бюретки, а вырабатывается непосредственно в анализируемом растворе с помощью электрического тока, поступающего в генераторную ячейку. Это также избавляет от необходимости стандартизировать титрант. К тому же проводится предварительное удаление влаги из ячейки путем предэлектролиза, что невозможно при классическом определении воды по методу Фишера.

Целью данного исследования является разработка методики кулонометрического определения содержания воды в субстанции оксифлоксацина гидрохлорида по методу Фишера.

Определение воды проводили на кулонометре «Эксперт-007» (НПП «Эконики-Эксперт», Россия) при силе тока 50 мА. В качестве рабочих растворов использовали КФИ-Анод и КФИ-Катод (НПП «Акваметрия», Россия), предназначенные для кулонометрического титрования. Генераторным и вспомогательным электродами служили платиновые спирали. Конечную точку титрования определяли бипотенциометрически.

Содержание воды в субстанции оксифлоксацина гидрохлорида определяли на трех уровнях концентрации в диапазоне 70-130% от уровня концентрации, принятого за 100%, и в 5 навесках на среднем уровне концентрации. Правильность определения воды проверяли по стандартному раствору HYDRANAL – CheckSolution 1,00 с содержанием воды $1,00 \pm 0,03$ мг H₂O/г (Германия).

Установлено, что по содержанию воды (не более 4,5%) данная субстанция отвечает требованиям нормативной документации (Британская Фармакопея 2009 г., монография 2254). Метод отличается простотой проведения эксперимента, точностью и экспрессностью.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРОЦЕССЕ АНАЛИЗА ЦЕН НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА

Бариев М.Ф.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – д.фарм.н., доц. Яркаева Ф.Ф.

Для оказания качественной лекарственной помощи населению на федеральном уровне была разработана программа обеспечения необходимыми лекарственными средствами. Одним из основных мероприятий по реализации данной программы на региональном уровне, в частности в Республике Татарстан, является установление начальных цен для закупок лекарственных средств.

В связи с трудоемкостью процесса анализа цен, который базируется на нескольких источниках информации, необходима его автоматизация с использованием современных компьютерных технологий.

Целью проводимого исследования является разработка технико-экономического задания компьютерного продукта для автоматизации процесса анализа цен на лекарственные средства.

Для достижения поставленной цели необходимо использовать следующие методы исследования: системный анализ, контент-анализ, ситуационный анализ, метод группировки данных.

На данный момент при анализе цен используются несколько источников: Государственный реестр лекарственных средств, конечные цены на лекарственные препараты предыдущих аукционных торгов, предельные оптовые цены с НДС на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты для Республики Татарстан, закупочные и розничные цены в амбулаторном сегменте и закупочные цены в госпитальном сегменте из данных мониторинга ценовой и ассортиментной доступности лекарственных препаратов, которая проводит Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения, информационно-справочная система – «прайс-навигатор», сводный прайс-лист по оптовым предприятиям и прайс-листы фирм-производителей.

Созданный на основе разработанного технико-экономического задания компьютерный продукт позволит автоматически вносить цены и использовать информацию о лекарственных средствах из вышеперечисленных источников.

ОЦЕНКА ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ НОВЫХ МЕТИОНИНОВЫХ КОМПЛЕКСОВ МЕДИ НА МОДЕЛИ ОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ

Игнатъева Л.А., Каримова Д.Р.

Казанский государственный медицинский университет

Руководители - д.м.н., проф. Залялютдинова Л.Н., асс. Ульянина Л.Р.

Медь является эссенциальным элементом и необходима человеку для реализации многих биохимических процессов. Соединения меди обладают противовоспалительными, пластическими, регенерирующими и другими фармакологическими свойствами.

Цель данной работы – экспериментально оценить противовоспалительную активность новых метиониновых комплексов меди.

Методы исследования. Эксперименты выполнены на 80 нелинейных крысах обоего пола. Острое воспаление моделировали введением 1% раствора каррагинина субплантарно в заднюю лапку крысы. Опытным животным за час до введения каррагинина в кожу лапки втирали 1% мазь на основе вазелина с L-, D- или DL- метиониновым комплексом меди, в группе сравнения - 1% мазь содержащую L-метионин, а в группе контроля – вазелиновую мазь. Для оценки эффективности резорбтивного действия вещество вводили внутривентриально за 1 час до моделирования воспаления в дозах 3,75 мг/кг, что составило 1/20 от средней летальной дозы и 7,5 мг/кг, что составило 1/10 от средней летальной дозы. Так как вещество плохо растворимо в воде, для внутривентриального введения его разводили крахмальной слизью - 1% и 2% взвесью соответственно указанным дозам. В контроле животным вводили крахмальную слизь. Выраженность отека лапы оценивали через три часа после введения каррагинина по увеличению объема лапки. Результаты экспериментов обрабатывали статистически с использованием критерия Стьюдента.

Результаты экспериментов показали, что мазь, содержащая только L-метионин не оказывала противовоспалительного действия; L-, D- и DL- аминокислотные комплексы меди достоверно подавляли выраженность отека на 48%, 47% и 37% соответственно. При внутривентриальном введении аминокислотный комплекс меди оказывал раздражающее действие: беспокойство, периодическое втягивание живота («симптом корчи»). При этом способе введения уменьшение отека лапки было не более 10-23%.

Заключение. Для дальнейшего изучения представляют интерес комплексы меди на магнез-вой основе для местного лечения воспалительных процессов. Из-за местного раздражающего действия другие способы применения данных соединений, по-видимому, нецелесообразны.

СТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ ОКАЗАНИИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ВИЧ - ИНФИЦИРОВАННЫМ БОЛЬНЫМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С

Павлов Д.В.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.фарм.н., проф. Шакирова Д.Х.**

Цель исследования: провести структурный анализ ассортимента лекарственных средств, применяемых при оказании лекарственной помощи ВИЧ - инфицированным больным вирусным гепатитом С с помощью методов маркетингового анализа. Методы: В процессе исследования применялись методы структурного анализа ассортимента, контент - анализ, ситуационный анализ, метод группировки данных. Результаты: Ассортимент лекарственных средств, применяемых при оказании лекарственной помощи ВИЧ - инфицированным больным вирусным гепатитом С, представлен 29 торговыми наименованиями по 18 международным непатентованным наименованиям из 5 фармакотерапевтических групп. Значительная часть ассортимента производится в Великобритании (22,9%). По лекарственным формам преобладают капсулы (35,5%) и таблетки покрытые оболочкой (21,56%). В ассортименте по международным непатентованным наименованиям преобладает группа ингибиторы протеазы (44,4%), а по торговым наименованиям – нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (51,7%). Заключение: в результате проведенного структурного анализа ассортимента лекарственных средств, используемых при оказании лекарственной помощи ВИЧ - инфицированным больным вирусным гепатитом С было установлено, что на отечественном рынке лекарственных средств на сегодняшний день представлен довольно большой ассортимент препаратов, различных по стоимости и эффективности. Что позволяет подбирать пациентам оптимальную терапию на фоне дефицита бюджета.

ВЫБОР ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ТАБЛЕТОК-ЯДЕР АНТИГИСТАМИННОГО ПРЕПАРАТА ПОСЛЕДНЕГО ПОКОЛЕНИЯ

Лэфтерова М.И.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководители – д.фарм.н., доц. Камаева С.С., Анисимов А.Н.**

Терапия аллергических заболеваний на сегодняшний день является актуальной проблемой. Средствами базовой терапии первой линии в лечении данных заболеваний являются блокаторы H1–гистаминовых рецепторов.

Антигистаминный препарат последнего поколения, при отсутствии седативного, кардиотоксического и других эффектов имеет лучший профиль безопасности по сравнению с препаратами других поколений этой группы, по активности превосходит лоратадин (в 2,5–4 раза), отличается наибольшим сродством к H1–гистаминовым рецепторам и медленной диссоциацией из связи с ними.

Цель: изучить действующие патенты и на основании физико-химических и технологических свойств антигистаминного препарата последнего поколения предложить состав таблеток - ядер, обладающих патентной чистотой.

Анализ литературы показал, что данный препарат не стабилен в составе с наполнителями, имеющими рН равное ≤ 7 . Это свойство учитывали при выборе вспомогательных веществ. На базе химико-фармацевтического предприятия ОАО «Татхимфармпрепараты» были сделаны несколько загрузок, включающие в различных соотношениях и исключающие тот или иной компонент, следующие вспомогательные вещества: наполнители, связующие и антифрикционные вещества. Необходимо отметить, что в описании патентов есть информация о том, что используемые наполнители расщепляют антигистаминный препарат. Поэтому было решено включить в состав вещества, обладающие антиоксидантной активностью.

Таким образом, был обоснован состав таблеток-ядер антигистаминного препарата последнего поколения, обладающий патентной чистотой, адекватными структурно-механическими и технологическими свойствами.

РАЗРАБОТКА НОВОГО СОСТАВА ПЛЕНОЧНОГО ПОКРЫТИЯ ТАБЛЕТОК, РАСТВОРИМОГО В ЖЕЛУДОЧНОМ СОКЕ

Кашапова К.И.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководители – д.фарм.н., доц. Камаева С.С., Анисимов А.Н.**

Покрытие таблеток оболочкой – важная технологическая стадия производственного процесса, имеющая многостороннее значение. Так, при покрытии таблеток желудочнорастворимым покрытием, происходит локализация терапевтического действия лекарственного препарата, а также защита таблеток от экстремальных факторов внешней среды (ударов, истирания), защита от воздействий окружающей среды (света, влаги, кислорода и углекислоты воздуха) и маскировка неприятного вкуса и запаха содержащихся в таблетках лекарственных веществ.

Целью данной работы является разработка состава пленочного покрытия таблеток и технологии его нанесения.

К пленкообразующим веществам предъявляются следующие требования: они должны быть полностью безвредны для организма, хорошо растворяться в широко доступных органических растворителях, иметь хорошие пленкообразующие свойства, быть химически ин-дифферентными, устойчивыми при длительном хранении, доступными. На основании этого в качестве пленкообразующего вещества была выбрана гидроксипропилметилцеллюлоза.

Покрытие таблеток-плацебо проводилось на базе ОАО «Татхимфармпрепараты» на установке Unilab. Визуальный анализ показал, что покрытие получается однородного цвета, ровным, без сколов - при прогревании продукта до температуры 42 - 43оС.

На основании проведенных опытов, можно сделать вывод, что одним из возможных, при необходимости получить желудочнорастворимое покрытие, является следующий состав: гидроксипропилметилцеллюлозы 50%, вещества, создающего каркас – 15%; пигмента – 25%, пластификатора 10%.

ИЗУЧЕНИЕ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПРОВИЗОРОВ АПТЕК ПОДГОТОВКОЙ В ОБЛАСТИ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И ИЗУЧЕНИЕ ПОТРЕБИТЕЛЬСКИХ ПРЕДПОЧТЕНИЙ В ИСПОЛЬЗОВАНИИ АВТОМАТИЗИРОВАННЫХ СИСТЕМ УПРАВЛЕНИЯ

Минапов Л.Н.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.фарм.н., проф. Егорова С.Н.

Введение. Интенсивное развитие фармацевтической науки, разработка и внедрение в здравоохранение новых технологий, расширение номенклатуры лекарственных препаратов и других групп аптечных товаров, динамично меняющиеся потребности рынка труда определяют возрастание требований к уровню подготовки специалистов-провизоров, в особенности, к знаниям и умениям в области современных информационных технологий и электронных образовательных ресурсов. Достижение необходимого уровня освоения компетенций в высшей фармацевтической школе может быть обеспечено только за счет интеграции науки, образования и инновационной деятельности.

Целью исследования явилось определение степени соответствия уровня знаний, полученных в ВУЗе по информационным технологиям, требованиям практической фармации, а также изучение потребительских предпочтений провизоров при работе с автоматизированными системами управления (АСУ) и выявление тех или иных потребностей в информационных технологиях.

Для выполнения поставленной цели использован метод социологических исследований – анкетирование.

Выводы. В подавляющем большинстве аптечных организаций региона используются информационно-компьютерные технологии. 70% провизоров-технологов при фармацевтическом консультировании используют электронный носитель информации и только 30% бумажный, при этом 83% провизоров-технологов предпочитают электронный носитель информации и только 17% бумажный. Более половины провизоров нуждаются в стандартах фармацевтического консультирования и только 23% не нуждаются.

Полное соответствие уровня знаний, полученных в ВУЗе по информационным технологиям, требованиям практической фармации отметили 20% опрошенных, несоответствие – 19%, частичное соответствие – 61% респондентов. Знаниями по работе с персональным компьютером, полученными в учебных заведениях, совершенно удовлетворены 11% опрошенных провизоров, совершенно не удовлетворены – 6%, частично удовлетворены – 83% респондентов. 98% респондентов-провизоров желают дополнительно пройти курс по компьютерной грамотности в личных и профессиональных целях.

ОПЫТ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ 1-ГО КУРСА С ФОТОАППАРАТОМ ПО ТЕМЕ «ПРИСПОСОБЛЕНИЕ РАСТЕНИЙ К ЗИМНЕМУ ПЕРИОДУ ПОКОЯ»

Галимова Л.Ф., Угольцова В.Н.
Казанский государственный медицинский университет
Научный руководитель - к.б.н., доц. Соболева Л.С.

Известны различные методы изучения растительных объектов. В настоящей работе использован метод работы с фотокамерой в природе.

Студенты-первокурсники, приступающие к изучению растительных объектов, провели самостоятельно в природных условиях фотосъемку растений и их структур, показывающих адаптационные признаки организма к зимним условиям. Выполнено более 1000 фотографий по определенной тематике (всеми студентами 1-го курса фармфака), из которых были отобраны наиболее отвечающие как теме доклада, так и качеству изображения.

В результате авторами оформлен доклад в виде презентации по теме «Приспособление растений к зимнему периоду покоя».

Работа преследует учебные цели, научно-познавательные, а также способствует формированию навыков наблюдения и эстетического восприятия природы.

ФИЗИОЛОГИЯ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

ВЛИЯНИЕ КОМБИНАЦИИ АМИТРИПТИЛИНА И МИАНСЕРИНА НА ПОВЕДЕНИЕ МЫШЕЙ В ТЕСТЕ «ПОДВЕШИВАНИЕ ЗА ХВОСТ»

Гайдук А.В.
Белорусский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Бизунок Н.А.

Цель исследования: изучить действие комбинации антидепрессантов amitriptyline и mianserine на поведение мышей в тесте «подвешивание за хвост».

Материалы и методы.

Исследование выполнено на 42 мышах-самцах линии C57Bl/6 массой 18-24 г, разделенных на 7 групп (в каждой n=6). Исследуемые соединения вводили за 1 час до теста в желудок через зонд в виде суспензии на 1% крахмальном геле в объеме 20 мл/кг массы тела, контрольные животные получали эквивалентное количество растворителя.

Для изучения индивидуального и комбинированного действия антидепрессантов в работе использовали сконструированную установку, позволяющую обеспечить стандартные условия выполнения теста подвешивания за хвост. Тестирование продолжалось 6 мин с регистрацией общего времени иммобильности.

Попадая в неизбежную аверсивную ситуацию, после периода двигательной активности животные становятся неподвижными, и это состояние расценивают как «поведение отчаяния». Антидепрессантное действие оценивают по увеличению двигательной активности животных.

Полученные данные обработаны с помощью ППП Statistica 6.1. Результаты представлены для каждой группы в виде медианы, минимальных и максимальных значений времени иммобильности (в секундах). Для межгрупповых сравнений использовали непараметрические методы статистического анализа (тест Манна-Уитни), достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты.

В контрольной группе животных время иммобильности составило 160 с (121-176). Амитриптилин дозозависимо уменьшал регистрируемый параметр: в дозе 7 мг/кг до 66 с (30-96), в дозе 21 мг/кг до 35 с (18-58) ($p < 0,05$). При использовании миансерина в дозах 12 мг/кг и 36 мг/кг отмечалась лишь тенденция к снижению общего времени иммобильности животных - 137 с (108-154) и 132 с (109-147), соответственно ($p > 0,05$). При комбинированном применении антидепрессантов исследуемый показатель был сравним с контрольными цифрами: 131 с (100-150) для сочетания «7 мг/кг амитриптилина + 12 мг/кг миансерина» и 124 с (87-163) для сочетания «21 мг/кг амитриптилина + 36 мг/кг миансерина» ($p > 0,05$).

Заключение.

Полученные результаты свидетельствуют, что миансерин в тесте «подвешивание мышей за хвост» «нивелирует» психотропные эффекты амитриптилина.

НАРУШЕНИЕ МЕХАНИЗМОВ РЕГУЛЯЦИИ СОКРАТИМОСТИ МИОКАРДА В МОДЕЛИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

**Леушина А.В., Нуриева Л.Р., Халиуллина Д.Ф.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., доц. Мухамедьяров М.А.**

Многочисленные исследования последних лет свидетельствуют о том, что существует взаимосвязь между болезнью Альцгеймера (БА) и патологией сердечно-сосудистой системы, однако механизмы данного феномена не ясны. В данной работе были изучены возможные нарушения функции адрено- и холинергической регуляции инотропной функции миокарда трансгенных мышей с моделью БА (генотип V6C3-Tg(APP695)85Dbo Tg(PSEN1)85Dbo). Эксперименты проводили при помощи стандартной миографической методики на полосках миокарда желудочков трех групп мышей: взрослые мыши (возраст - 3-4 месяца), мыши с моделью БА (возраст - 8-11 месяцев) и мыши дикого типа такого же возраста (старые мыши). Мыши использованной нам трансгенной линии экспрессируют мутантные гены белка предшественника амилоида и пресенилина-1, которые у человека ответственны за развитие ранней формы БА. У трансгенных мышей с моделью БА, помимо возрастных нарушений, характерных и для мышей дикого типа такого же возраста (снижение силы сокращений и смещение кривой «доза-эффект» карбахолина в сторону более низких концентраций агониста), наблюдается извращенный – положительный инотропный эффект карбахолина, что свидетельствует о значительном нарушении холинергических эффекторных механизмов действия на сократимость миокарда желудочков. Применение селективных М-холиноблокаторов показало, что обнаруженный феномен объясняется увеличением количества М1- и М3-холинорецепторов и/или уменьшением количества М2-холинорецепторов. Норадреналин у трансгенных мышей, в отличие от взрослых и старых мышей, не влиял на амплитуду сократительных ответов миокарда желудочков. Полученные данные свидетельствуют о значительном нарушении механизмов регуляции сократимости миокарда в модели БА, что может иметь важное значение для понимания механизмов сердечно-сосудистых нарушений при БА, а также для понимания патогенеза болезни Альцгеймера в целом.

ВЛИЯНИЕ КСЕНОТРАНСПЛАНТАЦИИ ГЕНЕТИЧЕСКИ МОДИФИЦИРОВАННЫХ МОНОНУКЛЕАРНЫХ КЛЕТОК ПУПОВИННОЙ КРОВИ НА ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ТРАНСГЕННЫХ МЫШЕЙ С МОДЕЛЬЮ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

**Петухова Е.О., Николаева Я.В., Мухамедьяров М.А.
Казанский государственный медицинский университет
Руководители – д.м.н., проф. Исламов Р.Р, д.м.н., проф. Зефилов А.Л.**

Болезнь Альцгеймера (БА) – нейродегенеративное заболевание, клинически проявляющееся прогрессирующей деменцией. В качестве перспективного подхода к лечению БА рассматривается применение генно-клеточных технологий.

Целью исследования была оценка терапевтического потенциала трансплантации мононуклеарных клеток пуповинной крови (МКПК) человека, трансдуцированных аденовирусом, экспрессирующим сосудистый эндотелиальный фактор роста (VEGF), трансгенным мышам с моделью БА (генотип V6C3-Tg(APP695)85Dbo Tg(PSEN1)85Dbo). Генетически модифицированные МКПК вводили ретроорбитально на 34±4 неделе жизни. В эксперименте участвовали 4 группы мышей: 1) мыши дикого типа (контроль); 2) мыши с моделью БА; 3) мыши с моделью БА после трансплантации МКПК, экспрессирующих VEGF (БА-VEGF); 4) мыши с моделью БА после трансплантации МКПК, экспрессирующих EGFP (репортерный белок, не имеющий терапевтического эффекта) (БА-EGFP).

В поведенческих тестах (открытое поле, Т-образный и крестообразный лабиринты) у мышей БА было обнаружено повышение уровня тревожности и ухудшение пространственной памяти, тогда как ориентировочно-исследовательская и двигательная активность достоверно не изменялась в сравнении с контролем. У мышей БА-EGFP и БА-VEGF уровень тревожности приближался к контролю, при этом у мышей БА-EGFP также улучшались параметры пространственной памяти. Кроме того, мы провели анализ выживаемости мышей различных групп. К 83-ей неделе с момента рождения (в среднем 49 недель с момента ксенотрансплантации МКПК) в группе контроля в живых осталось 80% мышей; в группе БА – 50%; в группе БА-EGFP – 50%; в группе «БА-VEGF» - 66,7% мышей.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о терапевтическом эффекте генетически модифицированных МКПК при лечении трансгенных мышей с моделью БА. При этом ксенотрансплантация МКПК, экспрессирующих VEGF, приводила не только к улучшению поведенческих характеристик, но и повышала выживаемость мышей с моделью БА.

СИНАПТИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПРИ НЕЙРОДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

**Салимзянова М.И., Григорьев П.Н., Мухамедьяров М.А.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., проф. Зефирова А.Л.**

Нейродегенеративные заболевания (НДЗ) представляют собой гетерогенную группу хронических фатальных заболеваний нервной системы (болезнь Альцгеймера (БА), болезнь Паркинсона, боковой амиотрофический склероз (БАС) и др.), которые характеризуются прогрессирующей гибелью нейронов мозга. Установлено, что ключевую роль в патогенезе многих НДЗ играет нарушение функционирования синапсов, зачастую предшествующее массовой гибели нейронов, однако механизмы синаптической дисфункции при НДЗ остаются непонятными.

В экспериментах на трансгенных мышах с моделями БА и БАС было установлено, что важное значение в дисфункции нервно-мышечной синаптической передачи у трансгенных мышей с моделями БА и БАС имеют нарушения пресинаптического везикулярного цикла и нейросекреции, в частности, замедление рециклирования синаптических везикул и снижение базового квантового выброса, а также постсинаптические нарушения электрогенеза скелетных мышечных волокон. Исследована роль киназы легких цепей миозина в нарушениях рециклирования синаптических везикул в моделях НДЗ.

Результаты исследования значительно расширяют наши представления о молекулярных механизмах патогенеза НДЗ. На основании полученных данных обсуждается стратегия фармакологической коррекции синаптической дисфункции при НДЗ с целью разработки эффективных способов терапии.

ЗАВИСИМОСТЬ ПРЕДПОЧТЕНИЯ ГЛЮКОЗЫ ОТ СТЕПЕНИ АЛКОГОЛИЗМА У КРЫС

**Бортникова А.К.
Донецкий национальный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., проф. Панова Т.И.**

Гипогликемия – один из характерных симптомов алкоголизма и причина энергетического голода мозга.

Цель: изучить возможность уменьшения влечения к алкоголю у крыс путём введения глюкозы.

Методы исследования. Эксперимент проведен на 60 крысах обоих полов массой 200-270 г в осенне-зимний период, при температуре в виварии 18-22°C, свободном доступе к пище. Перед началом эксперимента в течение недели определяли гедонические свойства глюкозы: у животных был выбор между чистой водой и 5% глюкозой. Затем животных принудительно алкоголизировали 10% этанолом: крыс 1-й группы (n=20) – 8 недель, 2-й (n=20) – 12, 3-й (n=20) – 16. После окончания алкоголизации у крыс был свободный выбор между водой, 10% этанолом, 5% глюкозой. Регистрировали количество выпитого из каждой поилки. Использовали пакет Statistika 5,5.

Результаты и обсуждение. До начала эксперимента крысы ежедневно выпивали 6,7±4,5 мл воды и 4,7±3,2 мл глюкозы, что свидетельствует о гедонических свойствах глюкозы (для крыс это – лакомство). В ходе принудительной алкоголизации животные потребляли 16,6±8,2 мл этанола. После окончания алкоголизации животные 1-й группы выпивали 8,4±3,1 мл этанола, 4,8±2,2 мл воды, 5,8±1,1 мл 5% глюкозы. Животные 2-й группы: 12,4±8,1 мл этанола, 3,8±2,2 мл воды, 3,8±1,1 мл глюкозы. Животные 3-й группы: 16,4±6,1 мл этанола, 1,8±0,5 мл воды, 0,8±0,5 мл глюкозы. Уменьшение потребления глюкозы (по сравнению с потреблением в первую неделю, до начала алкоголизации), с одной стороны, может говорить о том, что глюкоза для алкогользависимых крыс уже утратила свои гедонические свойства. Это свидетельствует о глубоких нарушениях в лимбической системе. С другой стороны, это может говорить о снижении активности ферментов гликолиза.

Выводы. 1. Для алкогользависимых крыс глюкоза не имеет гедонических свойств. 2. Предпочтение глюкозы уменьшается по мере нарастания степени алкогольной зависимости.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВЕРТИКАЛЬНОЙ УСТОЙЧИВОСТИ У ГРЕБЦОВ-АКАДЕМИСТОВ РАЗЛИЧНОЙ КВАЛИФИКАЦИИ

**Мударисова Р.Р., Лутфуллин И.Я., Мухамедьяров М.А.
Поволжская государственная академия физической культуры, спорта и туризма
Казанский государственный медицинский университет**

Во многих видах спорта важным слагаемым успеха является способность сохранять равновесие. По данным литературы, сравнение способности поддерживать устойчивое вертикальное положение у спортсменов разного уровня спортивного мастерства показывает противоречивые результаты.

Цель работы - исследование устойчивости вертикального положения тела гребцов-академистов в зависимости от спортивной квалификации.

Нами была исследована регуляция равновесия у спортсменов гребцов-академистов (n=63), имеющих разную спортивную квалификацию: разрядники (n=26) и кандидаты в мастера спорта (КМС, n=37). Функция равновесия была изучена на стабильном аппаратно-программном комплексе «Стабилан-1-02» с помощью анализа колебаний центра давления (ЦД) в динамических тестах: "Эвольвента", который оценивает точность следящего движения, и "Ступенчатое воздействие". Последний тест определяет скорость и точность реакции телом в вертикальной позе на зрительный сигнал. Спортсмены устанавливались на платформу босиком в европейской стойке (пятки вместе, носки разведены на угол в 30 градусов).

Проведенный сравнительный анализ в тесте "Ступенчатое воздействие" не выявил существенных различий между спортсменами разной квалификации. Не было выявлено также различий в способности выполнять следящее движение в тесте «Эвольвента»: обе группы сделали примерно равное количество ошибок в сагиттальной и фронтальной плоскостях. Отсутствие различий в этих тестах может быть связано с простотой и неспецифичностью тестирующих нагрузок, когда степень напряжения систем, регулирующих вертикальную позу, очень низкая и различия не проявляются.

Делается вывод о том, что устойчивость вертикальной позы и точность следящего движения практически одинаковы у гребцов-академистов различной спортивной квалификации в указанных условиях. Таким образом, требуется проведение дальнейших исследований взаимосвязи поструральной устойчивости спортсменов с уровнем спортивного мастерства.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ВНОВЬ СИНТЕЗИРОВАННЫХ ПРОИЗВОДНЫХ УРАЦИЛА НА СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОЕ ОКИСЛЕНИЕ

Петрова И.В., Фархутдинов Р.Р., Катаев В.А.
Башкирский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Фархутдинов Р.Р.

Свободнорадикальное окисление (СРО) является одним из фундаментальных биологических процессов, обеспечивающих нормальную жизнедеятельность организма. Во всем мире ведется поиск препаратов, корректирующих процессы СРО. Перспективны в этом плане производные урацила. Целью данного исследования явилось проведение сравнительной оценки относительной антиоксидантной активности новых производных урацила в модельных системах.

В работе изучалось влияние новых синтезированных производных урацила* на процессы СРО *in vitro* методом регистрации хемилюминесценции (ХЛ) в модельных системах, генерирующих активные формы кислорода (АФК), имитирующих реакции перекисного окисления липидов (ПОЛ), а также оценивалось влияние урацилов* на генерацию АФК в клетках крови (модель фагоцитоза). Дана сравнительная характеристика 15 вновь синтезированных производных урацила*.

В модельной системе АФК влияние урацилов* изменяло показатели ХЛ, уменьшая спонтанное свечение и быструю вспышку (препараты 1;6;7;8). Угнетение ХЛ носило дозозависимый характер. Чем она была выше, тем сильнее подавлялось свечение, это свидетельствовало о связи ХЛ с процессами СРО. В модельной системе ПОЛ урацилы* также подавляли уровень спонтанного свечения, уменьшали вспышку и светосумму ХЛ (1;8;9). В крови образование АФК сопровождалось ХЛ, усиливающейся в присутствии люминола. Интенсивность ХЛ коррелирует с потреблением клетками кислорода и степенью завершенности фагоцитоза. Добавление урацилов* вызвало увеличение светосуммы и максимальной светимости люминолзависимой ХЛ по сравнению с уровнем обозначенных параметров интактных клеток крови (1;4;7;8). Это говорит о том, что данный препарат в некоторой степени стимулирует фагоцитарную активность клеток крови.

Т.о., среди изученных производных урацила* обнаружены соединения с достаточно высокой антиоксидантной активностью. В плане фагоцитарной активности было выявлено модулирующее влияние урацилов* на параметры ХЛ крови. Проведенные исследования дают важную информацию для отбора эффективных корректоров СРО *in vivo* и обсуждения механизмов их действия.

* - новые синтезированные производные урацила

РОЛЬ ХОЛЕСТЕРИНА В ПОДДЕРЖАНИИ СТРУКТУРЫ САЙТОВ ЭКЗОЦИТОЗА В ДВИГАТЕЛЬНОМ НЕРВНОМ ОКОНЧАНИИ ЛЯГУШКИ

Петров А.М.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Зефирова А.Л.

Особенно богата холестерином нервная ткань млекопитающих, поэтому около 1/4 всего холестерина приходится на мозг, составляющий менее 10% массы тела. Ранее высокое содержание мембранного холестерина было обнаружено нами в периферических нервных окончаниях. Существует предположение, что холестерин является одним из ключевых организаторов сайтов экзоцитоза, состоящих из скоплений белков экзоцитоза (синтаксин, SNAP-25, Са-каналы) и прикрепленной к пресинаптической мембране синаптической везикулы. Целью работы было изучить распределение белка активной зоны синтаксина и синаптических везикул в двигательных нервных окончаниях лягушки после удаления мембранного холестерина 10 мМ метил-бета-циклодекстрина (МЦД). С помощью иммунофлуоресцентного метода (использования первичных антител к синтаксину 1 и вторичных флуоресцентных антител) удалось определить распределение в нервных окончаниях синтаксина 1. В норме в терминалях наблюдались узкие поперечные полоски шириной ~0.4 и длиной ~1.2 мкм, на расстоянии 0.5-1 мкм друг от друга. Удаление холестерина из мембран приводило к разрушению правильного распределения синтаксина: в терминалях обнаруживались флуоресцирующие пятна неправильной формы шириной 2-4 мкм, между которыми были промежутки 2-4 мкм. Используя, созданный Давлетовым Б. (Laboratory of Molecular Biology, Cambridge, UK, 2012), домен RBD ботулинового токсина Е (лишенный токсичности, но снабженный флуоресцентной меткой mCherry и проникающий избирательно в сайты экзоцитоза в составе везикул), удалось пометить прижизненно отдельные синаптические везикулы, и показать как меняется их распределение после воздействия МЦД в режиме реального времени. Оказалось, что удаление холестерина существенно увеличивает подвижность флуоресцентной точки, указывающей на локализацию прикрепленной синаптической везикулы. Таким образом, под влиянием МЦД происходит нарушение архитектуры сайтов экзоцитоза, что возможно является причиной драматичного угнетения вызванного экзоцитоза синаптических везикул, эффективность которого определяется «правильной взаимной локализацией» синаптической везикулы, SNARE белков и Са-каналов. Работа поддержана грантами Министерства образования и науки Российской Федерации (НШ-1189.2012.4) и РФФИ № 11-04-00422-а.

ЭФФЕКТЫ 5-АЛЬФА-ХОЛЕСТАН-3-ОНА НА ЭКЗОЦИТОЗ СИНАПТИЧЕСКИХ ВЕЗИКУЛ ДВИГАТЕЛЬНОГО НЕРВНОГО ОКОНЧАНИЯ МЫШИ

Касимов М.Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.б.н., доц. Петров А.М.

Введение. В составе синаптических мембран холестерин присутствует в большой концентрации и имеет длительное время «жизни», от 5 месяцев до нескольких лет, в течение которого может подвергаться окислительной модификации. Некоторые окистеролы имеют ярко выраженные токсические эффекты, другие варианты окистеролов способны оказывать протекторные эффекты, усиливая выживаемость клеток. Однако до сих пор нет сведений о влиянии окистеролов на процесс экзоцитоза, лежащий в основе синаптической коммуникации.

Целью данной работы было изучение влияния окистерола (5-альфа-холестан-3-она) на экзоцитоз синаптических везикул оптическим методом.

Материал и методы. Эксперименты проводились на изолированных нервно-мышечных препаратах диафрагмы мыши. В экспериментах использовали флуоресцентный эндоцитозный краситель - FM1-43, который обратимо связывается с мембраной

нервных окончаний и во время эндоцитоза оказывается внутри вновь образующихся синаптических везикул. Для стимулирования процессов экзоцитоза и последующего эндоцитоза, сопровождающегося загрузкой FM1-43 использовали раздражение нерва с частотой 20 Гц в течение 3 мин. При загрузке красителя в нервное окончание появляются светящиеся пятна, отражающие скопления меченых FM1-43 везикул. Затем препарат в течение 30 мин подвергался действию 5-альфа-холестан-3-она (20 нМ) и повторно стимулировался с частотой 20 Гц. При этом регистрировалось снижение яркости флуоресценции, указывающее на процессы экзоцитоза красителя (выгрузка).

Результаты. В контроле стимуляция препаратов, нервные окончания которых были предварительно загружены красителем, вызывала двухфазное снижение интенсивности флуоресценции – в первые три минуты быстрое (к 3 мин - до $66,3 \pm 4,1$, $n=7$, $p < 0.01$), а затем медленное (к 6 мин до $54,9 \pm 5,1$, $p < 0.01$). Обработка препарата 5-альфа-холестан-3-оном достоверно замедляла выгрузку красителя начиная с 1 мин стимуляции, поэтому к 3 и 6 мин раздражения флуоресценция снижалась только до $82,8 \pm 3,3$ ($n=6$, $p < 0.05$) и $79,5 \pm 3,5$ ($p < 0.05$), соответственно.

Выводы. Таким образом, окисленная форма холестерина, действуя в наномолярных концентрациях, угнетает экзоцитоз синаптических везикул, вызванный ритмической стимуляцией.

ЗАВИСИМОСТЬ ЭФФЕКТОВ АКТИВАЦИИ БЕТА-2-АДРЕНОРЕЦЕПТОРОВ ПРЕДСЕРДИЙ МЫШИ ОТ СОДЕРЖАНИЯ МЕМБРАННОГО ХОЛЕСТЕРИНА

Одношвикина Ю.Г., Петров А.М.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Зефирова А.Л.

С помощью тензометрического и флуоресцентных методов исследовалась роль холестерина в эффектах активации β_2 -адренорецепторов предсердий мыши агонистом фенотеролом (в концентрациях 5 и 50 мкМ). Для этого предварительно удаляли мембранный холестерин с помощью 5 мМ метил- β -циклодекстрина (МЦД). Получасовая инкубация в МЦД приводила к снижению содержания мембранного холестерина примерно на 35%. При этом регистрировалось увеличение как цитозольного систолического уровня Ca^{2+} , так и продукции NO. Последнее, вероятно, и опосредует снижение амплитуды сокращений под воздействием МЦД. Предварительная обработка МЦД существенно снижала положительные инотропные эффекты, вызываемые аппликациями 5 и 50 мкМ фенотерола. Это сопровождалось усилением продукции NO и ослаблением увеличения величины Ca -сигналов при активацией β_2 -адренорецепторов. Следовательно, холестерин плазматических мембран регулирует внутриклеточные уровни ионов Ca и NO, и необходим для правильного сопряжения β_2 -адренорецептора с внутриклеточными сигнальными каскадами, контролирующими сократительную функцию.

Работа поддержана грантами РФФИ №11-04-00422-а и №12-04-31032-мол-а.

ЗНАЧЕНИЕ ХОЛЕСТЕРИНА В РЕГУЛИРОВАНИИ СПОНТАННОГО ЭКЗОЦИТОЗА В НЕРВНО-МЫШЕЧНЫХ СИНАПСАХ ХОЛОДНОКРОВНЫХ И ТЕПЛОКРОВНЫХ ЖИВОТНЫХ

Яковлева А.А.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.б.н., доц. Петров А.М.

Синаптические мембраны содержат существенно количество холестерина, который неравномерно распределен и образует совместно со сфинголипидами микродомены в мембране. Предполагается, что такие микродомены задействованы в организации сайтов экзоцитоза синаптических везикул. Целью данной работы было изучение процессов спонтанного экзоцитоза везикул при удалении холестерина из поверхностных мембран с помощью 10 мМ метил- β -циклодекстрина (МЦД). Эксперименты проведены на изолированных препаратах кожно-грудной мышцы лягушки и диафрагмы мыши. Для исследования экзоцитоза использовался флуоресцентный маркер FM1-43, который обратимо связывается с мембраной нервных окончаний (НО) и во время эндоцитоза оказывается внутри вновь образующихся синаптических везикул. Для стимулирования процессов экзоцитоза и последующего эндоцитоза, сопровождающегося загрузкой FM1-43 использовали раздражение нерва с частотой 20 Гц в течение 3 мин. При загрузке красителя в НО появляются светящиеся пятна, отражающие скопления меченых FM1-43 везикул. Затем препарат подвергался действию МЦД. После добавления МЦД во внеклеточную среду наблюдалось снижение интенсивности флуоресценции пятен в НО. В двигательных НО лягушки через 30 с от начала аппликации МЦД свечение пятен уменьшалось до $82,0 \pm 1,4\%$ ($n=8$, $p < 0.05$), а спустя 300 с до $67,2 \pm 4,1\%$ ($p < 0.01$). Подобный же эффект наблюдался при действии МЦД на загруженные FM1-43 двигательные НО мыши. При этом через 30 и 300 с действия МЦД флуоресценция снижалась до $90 \pm 1,2$ ($n=8$, $p < 0.05$) и $86,0 \pm 3,5\%$ ($p < 0.01$), соответственно. В НО лягушки снижение яркости свечения пятен на фоне действия 10 мМ МЦД значительно замедлялось при ингибировании протеинкиназы С: к 30 с снижения свечения не наблюдалось, а 300 с свечение уменьшалось только до $91,3 \pm 3,1\%$ ($n=8$). Таким образом, вызываемое 10 мМ МЦД, усиление спонтанного экзоцитоза носит двухфазный характер (быстро в течение первых 30 с, а затем медленнее), и сильнее выражено в двигательных нервных окончаниях лягушки, чем мыши. Кроме того усиление спонтанного экзоцитоза при истощении мембранного холестерина зависит от активности протеинкиназы С.

Работа поддержана грантами Министерства образования и науки Российской Федерации (НШ-1189.2012.4) и РФФИ № 11-04-00422-а.

ИНОТРОПНОЕ ДЕЙСТВИЕ ФЛАВОНОИДА ГИСПИДУЛИНА НА СОКРАТИТЕЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ МИОКАРДА КРЫСЫ

Хушматов Ш.С.
Бухарский государственный медицинский университет
Руководитель - д.б.н., проф. Усманов П.Б.

Поиск новых перспективных кардиотропных препаратов, обладающих селективным действием на активность сократительного аппарата кардиомиоцитов, является необходимым условием совершенствования профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний.

В связи с этим, целью данного исследования явилось изучение влияния флавоноида гиспидулина выделенного из растений рода *Scutellaria schachristanica*, и представленного нам сотрудниками Института химии растительных веществ АН РУз [Tashmatov et al. Chem. Nat. Comp. 2009.45(6):883-884] на сократительную активность папиллярной мышцы сердца крысы.

Исследования проводились на препаратах папиллярной мышцы выделенных из правого желудочка беспородных белых крыс, массой 200-250 г. Животные обездвигивали легким эфирным наркозом, декапитуировали, после вскрытия грудной полости извлекали сердце и помещали в физиологический раствор Krebsa следующего состава (в мМ): NaCl – 120; KCl – 4,8; CaCl₂ – 2,0; MgSO₄ – 1,2; KH₂PO₄ – 1,2; NaHCO₃ – 20,0; глюкоза – 10,0, pH = 7,4. После отсечения предсердий, вскрывали полость правого желудочка и выделяли папиллярную мышцу, при этом средний диаметр препаратов составлял 0,5-0,8 мм, длина 1-3 мм. Препарат мышцы с помощью шелковых нитей закрепляли в экспериментальной камере и один конец подсоединяли к штоку изометрического датчика F30 (Hugo Sache Германия). По истечению периода стабилизации (45 мин.) мышцу раздражали импульсами прямоугольной формы частотой 0,1 Гц и длительностью 10 мс и амплитудой превышающей пороговую на 20 %, используя электростимулятор ЭСЛ-2 (Россия). Статистическая обработка данных проводилась с помощью компьютерной программы OriginPro 7.0 (OriginLab Corporation; США).

Результаты этих экспериментов показывают, что флавоноид гиспидулин вызывает снижение амплитуды сокращения во всем диапазоне измеряемых частот (0,1-4 Гц). Эффект флавоноида проявлялся на 10 минуте перфузии сердечного препарата и носил дозозависимый характер, и при концентрации 5 мкМ гиспидулин при частоте стимуляции 0,1 Гц подавлял силу сокращений на 25,3±4,6% относительно контроля, степень которого возрастала с увеличением его концентрации и достигала максимума при 150 мкМ (79,6±5,2% относительно контроля, n=3-5, P<0,05). Действие флавоноида гиспидулина на сократительную активность папиллярной мышцы крысы зависело от частоты стимуляции и при его концентрации, равной 150 мкМ, при частоте 3 Гц, он вызывает максимальное снижение силы сокращений мышцы (83,7±5,8%, относительно контроля, n=3-6, P<0,05). Отрицательный инотропный эффект вызываемый гиспидулином зависит от [Ca²⁺]_o и частично подавляется нифедипином (0,01 мкМ), что свидетельствует о том, что он в основном обусловлен уменьшением [Ca²⁺]_i в результате подавления его поступления по Ca²⁺-каналам и через Na⁺/Ca²⁺-обменник кардиомиоцитов.

Работа выполнена при финансовой поддержке Программы фундаментальных исследований АН РУз (проект ФА-Фб-Т083).

ОЦЕНКА СОДЕРЖАНИЯ CD117+ КЛЕТОК В КОСТНОМ МОЗГЕ, КРОВИ И ПОЧКАХ МЫШЕЙ ПРИ ЧАСТИЧНОЙ НЕФРЭКТОМИИ

Казакова И.А., Ляпунов В.А.
ГУЗ СО Институт медицинских клеточных технологий
Институт иммунологии и физиологии УрО РАН
Руководитель - д.м.н., проф. Юшков Б.Г.

При повреждении органа активация регенеративных процессов может осуществляться опосредованно, через действие на SCF/CD117 лиганд-рецепторную ось. Основными процессами, запускаемыми SCF/CD117 комплексом, являются пролиферация, дифференцировка и миграция гемопоэтических стволовых клеток (ГСК). Помимо ГСК, экспрессия CD117 отмечается у зрелых канальцевых эпителиоцитов коркового вещества почек, а активация данного рецептора в клетках приводит к их гиперплазии.

Цель: оценить реакцию CD117+ клеток различной локализации на повреждение почек.

Материалом работы были белые беспородные мыши-самцы массой 18-25 г. Для активации процесса репаративной регенерации почек была использована модель частичной левосторонней нефрэктомии. Для получения данных о содержании CD117+ клеток в почках, крови и костном мозге использовались моноклональные антитела анти-CD117-PE и анти-CD45-PerCP-Cy5.5. Цитофлуориметрию производили на проточном цитофлуориметре Cytomics FC500. Иммуногистохимическое окрашивание применялось для идентификации CD117+ канальцевых эпителиоцитов.

Результаты: Количество CD45^{low}CD117+ клеток-предшественников в костном мозге в ответ на повреждение уменьшается приблизительно в 2 раза, тогда как в крови данный показатель у мышей, подвергшихся частичной нефрэктомии, более чем в 2 раза превосходит аналогичный показатель интактной группы. В оперированной и контрлатеральной почке после частичной нефрэктомии содержание клеток CD45^{low}CD117+ фенотипа приблизительно в 6 раз превосходит аналогичное у интактных мышей. Такие результаты могут быть связаны, прежде всего, с миграцией CD45^{low}CD117+ ГСК из костного мозга к регенерирующему органу.

В почках также увеличивается и доля CD117+ канальцевых эпителиоцитов, локализующихся в корковом веществе. Данные клетки, предположительно образующие ростковую зону почек, пролиферируя, обеспечивают восстановление органа после частичной резекции.

Заключение: В ответ на повреждение наблюдается активация CD117+ клеток различной локализации. Наблюдается их миграция из костного мозга к почкам и расширение ростковой зоны.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭЛЕКТРОХИМИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ЖЕЛЧИ

Панюшкина Л.И., Герасимов А.В., Геращенко С.М.
Пензенский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Геращенко С.И.

Цель:

1) провести серию экспериментов для исследования электрохимических показателей пунктатов желчи на степень ее литогенности;

2) создать образ литогенной желчи джоульметрическим методом.

Методы исследования:

- натуральный эксперимент со статистической обработкой;
- биохимические исследования.

Материалы работы.

Исследования проводились на базе ОКБ им.Бурденко кафедры «Хирургия». В процессе исследований использовались ежедневные порции пузырной желчи больных с мочекаменной болезнью (больной Н) и с воспалением желчного пузыря иной этиологии (больной К). В течение всего периода лечения готовились серии разведений желчи определенных концентраций: 1мл желчи – 1мл, 2мл, 3мл дистиллированной воды. Измерения для серии разведений проводились на стандартном джоульметрическом приборе «Диво».

Измерения осуществлялись на четырёх токах: 0,01, 0,04, 0,08 и 0,1 мА. Время при каждом значении тока оставалось неизменным: 3 сек. Полученные зависимости изменения потенциала от времени (E/T) представляют собой кривые, наглядно отражающие изменения вольтамперных характеристик для растворов желчи различных концентраций. В процессе исследования методом анализа был подобран оптимальный режим для исследования желчи: ток 0,04 мА, 3 сек, 1:1, 1 мл.

На основании полученных кривых была рассчитана работа тока (мкДж) для больного Н: 1 день – 0,69; 2 день – 0,63; 3 день – 0,57; для больного К: 1 день – 0,39; 2 день – 0,36; 3 день – 0,41.

Биохимические исследования показали, что пациент Н., страдающий от желчекаменной болезни, имеет высокую литогенность желчи, степень выраженности которой снижается в связи с лечением, в то время как литогенность желчи пациента К. низкая и степень её неизменна с течением времени.

На основании проведенного исследования сделаны следующие выводы:

1. Пропускание тока через растворы исследуемых веществ при различных концентрациях позволяет обнаружить функциональную зависимость произведенной током работы и природой исследуемых веществ.

2. Конечные результаты исследования позволяют подтвердить факт эффективности использования новых видов биохимических анализаторов – джоульметрических детекторов ионов и веществ.

3. Полученные данные работы тока литогенной желчи позволяют производить детекцию желчи больных с желчекаменной болезнью.

РЕГЕНЕРАТИВНЫЕ СВОЙСТВА ПРИРОДНЫХ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ

Сатаева Т.П.

Крымский государственный медицинский университет

Руководитель - д.м.н., проф. Лазарев К.Л.

Регенерация является одной из актуальных проблем современной медицины. Поэтому одной из важных научных задач является поиск новых подходов в регенеративной медицине, связанных с активацией иммунной системы. В настоящее время значительно расширяется спектр иммунотропных лекарственных препаратов и показаний к их применению. Наиболее активно развиваются в этом направлении препараты пептидного происхождения. Особое место среди них занимают натуральные пептидные препараты, такие как Эрбисол и Экстра Эрбисол. Целью данного исследования явилось изучение влияния препаратов класса "Эрбисол" на лабораторные показатели иммунной системы *in vivo*, включая число лимфоцитов с различными типами CD-рецепторов, продукцию цитокинов, функции фагоцитарных клеток в сочетании с оценкой регенераторного эффекта. В эксперименте были использованы 68 белых беспородных трехмесячных крыс обоего пола, которые для создания патологической модели после односторонней нефрэктомии подвергались двумесечной алкоголизации 40% этанолом. Их разделили на следующие группы: 1 группа – 30 крыс – где коррекцию проводили кипяченой водой в течении 22 суток; 2 группа – 32 крысы – где коррекцию проводили препаратами, содержащими фрагменты эмбриональной ткани животных, Эрбисол + Экстра Эрбисол, по схеме из расчета 0,02 мл на 10 г массы тела в течении 22 суток. Группу контроля составили 6 крыс с некорректируемой алкогольной нефропатией сроком 2 месяца. При воздействии 40% этанола в группе контроля наблюдалось резкое замедление компенсаторной гипертрофии наряду с дистрофией эпителиоцитов и выраженный фиброгенез, без существенной динамики в дальнейшем. Степень гипертрофии всех отделов нефрона при введении препаратов класса «Эрбисол» превышала таковую в 1-й группе в 1,5-2,3 раза. Индекс пролиферации Ki-67 в первой серии составлял 4-6% , а во второй – 10-14%, что было прямо пропорционально интенсивности синтеза белка. Препараты класса "Эрбисол" усиливали дифференцировку Т-лимфоцитов на разных этапах созревания, а также увеличивает функциональную активность зрелых лимфоцитов и макрофагов. Во второй группе возрастала доля кроветворных полустволовых клеток-предшественников CD34 костного мозга и увеличивалось содержание зрелых Т-лимфоцитов в крови Таким образом, полученные экспериментальные данные свидетельствуют

ИССЛЕДОВАНИЕ РОЛИ ПОТЕНЦИАЛ-ЗАВИСИМЫХ КАЛИЕВЫХ КАНАЛОВ В ЭФФЕКТАХ СЕРОВОДОРОДА НА СПОНТАННУЮ СОКРАТИТЕЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ ТОЩЕЙ КИШКИ КРЫСЫ

Сабируллина Г.И., Шафигуллин М.У.

Казанский (Приволжский) государственный университет

Руководитель - д.б.н., проф. Ситдикова Г.Ф.

Сероводород (H₂S) – газообразный посредник, эндогенно синтезируемый во многих системах организма млекопитающих и, в том числе, в желудочно-кишечном тракте. Показано его участие в регуляции сократительной активности различных отделов желудочно-кишечного тракта, но механизмы его действия изучены недостаточно. Целью нашего исследования была оценка влияния сероводорода на спонтанную активность тощей кишки крысы и выявление роли калиевых каналов в его эффектах.

Эксперименты проводились на отрезке тощей кишки крысы длиной 8 мм в изометрических условиях на установке фирмы Biopac Systems, Inc. (США). В течение эксперимента препарат омывался раствором Krebsa при температуре 37 градусов Цельсия. Регистрировали спонтанные сокращения сегмента тощей кишки, анализируя амплитуду, частоту сокращений и тоническое напряжение. В качестве донора сероводорода (H₂S) использовали гидросульфид натрия (NaHS).

В контроле регистрировались спонтанные сокращения отрезка тощего кишечника, средняя частота которых составила 0,45±0,01 Гц, амплитуда - 0,57±0,5 г. Исходя из результатов, полученных при кумулятивном добавлении NaHS в концентрациях 10-200 мкМ, была выбрана рабочая концентрация - 200 мкМ, при которой происходило снижение амплитуды сокращений до 10,62±2,09% (n=7, p<0,05), частоты - 75,71±6,64% (n=9, p<0,05), тонического напряжения - 79,49±6,47% (n=5, p<0,05) по сравнению с контролем.

Для выявления роли калиевых каналов в эффектах сероводорода использовали блокатор потенциал-зависимых калиевых каналов 4-аминопиридин в концентрации 200 мкМ, аппликация которого приводила к повышению амплитуды до 119,11±8,18% (n=9, p<0,05) относительно контроля, при этом частота сокращений и тоническое напряжение достоверно не изменялись. На его фоне эффект NaHS на параметры сократительной активности сохранялся.

Таким образом, донор сероводорода - NaHS вызвал дозозависимое снижение амплитуды, частоты сокращений, тонического напряжения тощего кишечника крысы и эти эффекты не зависели от влияния газа на потенциал-зависимые калиевые каналы.

Работа поддержана грантами РФФИ 12-04-00960 и Ведущая научная школа НШ-4670.2012.4.

ВЛИЯНИЕ АНТИДЕПРЕССАНТА ФЛУОКСЕТИНА НА ИНОТРОПНУЮ ФУНКЦИЮ МИОКАРДА ЖЕЛУДОЧКОВ В ПОСТНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ

Матвеева В.Л., Чибирева М. Д.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.б.н., проф. Нигматуллина Р. Р.

Серотонин (5-НТ) влияет на нормальное развитие сердца, и изменение его метаболизма может оказать воздействие на развитие плода и эмбриона [Угрюмов М.В., 2006], а также на функции сердца в постнатальном периоде онтогенеза [Кириллова В.В., Нигматуллина Р.Р., 2007]. Поэтому применение беременными женщинами антидепрессантов, изменяющих метаболизм 5-НТ, может сказаться на функционировании их сердечно-сосудистой системы, а также на регуляции сердечной деятельности у детей, в эмбриональном периоде развития получавших данный тип антидепрессантов. Даже у взрослого здорового человека, страдающего депрессией и принимающего селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), выявляются изменения в работе сердца. Но к настоящему времени механизмы влияния СИОЗС на функции сердца в онтогенетическом аспекте исследованы недостаточно, что и явилось целью работы. Объект исследования: крысы линии Вистар: половозрелые особи, беременные самки и их потомство в возрасте 14 дней. Методика: тензометрическим методом исследовали инотропную функцию миокарда правых и левых желудочков. Проведено две серии исследований: в первой - оценивали реакции полосок миокарда на флуоксетин (Flu) в трех последовательно возрастающих концентрациях – 0,1 мкМ, 1,0 мкМ, 10,0 мкМ. Во второй серии, начиная с 11 дня беременности, в течение 12-13 дней беременным самкам *per os* вводился триттико в дозе 50 мг/кг (Angelini, Италия), а затем определяли инотропную функцию миокарда крысят 14-дневного возраста на Flu. Результаты: выявлена положительная инотропная реакция на Flu (0,1 мкМ, 1,0 мкМ, 10,0 мкМ) желудочков половозрелых крыс, а также 14-дневных крысят, в эмбриональном периоде подвергавшихся воздействию триттико (СИОЗС). Положительное инотропное действие 5-НТ уменьшается после всех концентраций Flu. Выявлено дозозависимое увеличение силы сокращения желудочков на Flu у половозрелых крыс. Возможно, положительный инотропный эффект миокарда у крыс связан с блокадой мембранного переносчика 5-НТ (SERT) Flu. Flu, проникая в клетку, изменяет чувствительность SERT и действует как агонист сигма1-рецепторов, которые модулируют освобождение Ca²⁺ через инозитолтрифосфатные (IP3) рецепторы и активируют потенциал-зависимые K⁺-каналы, что изменяет сократимость кардиомиоцитов [Mopassier L., Bousquet P., 2002].

ИНОТРОПНАЯ ФУНКЦИЯ МИОКАРДА ПРИ БЛОКАДЕ ФЕРМЕНТА СИНТЕЗА СЕРОТОНИНА

Чибирева М.Д., Матвеева В.Л.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.б.н., проф. Нигматуллина Р. Р.

Свойства нейротоксина пара-хлорфенилаланина (рСРА) как блокатора фермента синтеза серотонина (5НТ) используются в экспериментах для моделирования состояний дефицита центрального и периферического 5НТ. Исследовано влияние рСРА на синтез 5НТ в мозге крыс при хроническом введении (Adamskaia et al., 1998), рСРА вызывает оксидативный стресс в мозге крыс (Miñoz-Castañeda et al., 2005). Однако влияние рСРА при хроническом и остром его введениях на миокард крыс не исследовано, что и явилось целью работы. Объект исследования: половозрелые крысы линии Вистар. Методика: тензометрический метод. 1 серия: эксперименты проведены на 11 белых половозрелых крысах: первая группа – опытная (в течение 7 дней крысам внутривенно вводили рСРА в дозе 50 мг/кг); вторая группа – контроль (в те же сроки вводили 0,9% NaCl). Оценивали реакцию силы сокращения полосок миокарда левого желудочка (ЛЖ) на 5НТ и норадреналин в концентрациях: 0,1 мкМ, 1,0 мкМ, 10,0 мкМ. 2 серия: оценивали реакцию полосок миокарда на рСРА в трех последовательно возрастающих концентрациях – 0,01 мкМ, 0,1 мкМ, 0,2 мкМ. Достоверность различий определялась по *t* критерию Стьюдента. Результаты: 1 серия: 5НТ и норадреналин в концентрациях 0,1 мкМ и 1,0 мкМ, оказывают дозозависимый положительный инотропный эффект на миокард ЛЖ контрольных крыс (19,6±3,4%; 59,11±12,3% и 20,5±5,5%; 53,6±12,9% соответственно). Тогда как 5НТ в концентрациях 0,1 мкМ, 1,0 мкМ, 10,0 мкМ оказывает отрицательный инотропный эффект на миокард ЛЖ экспериментальных крыс (-73,2±14,3%; -64,7±6,9%; -65,6±2,1%). Реакция силы сокращения миокарда ЛЖ экспериментальных крыс на норадреналин в концентрациях 0,1 мкМ, 10,0 мкМ составляет 25,2±5,3% и 13,4±1,6%, что ниже, чем в контроле. Т.о. в группе контрольных крыс 5НТ и норадреналин вызывают дозозависимое положительное инотропное действие на миокард ЛЖ. Хроническое введение рСРА снижает реактивность как серотониновых, так и адренергических рецепторов. 2 серия: Острое введение рСРА не вызывает достоверных изменений показателей инотропной функции миокарда. Это свидетельствует о том, что хроническое введение рСРА изменяет свойства адренергических и серотониновых рецепторов. Сам по себе рСРА не влияет на показатели инотропной функции миокарда.

ЭФФЕКТЫ СЕРОВОДОРОДА НА СОКРАТИМОСТЬ ПРЕДСЕРДИЯ МЫШИ В УСЛОВИЯХ АКТИВАЦИИ β -АДРЕНОРЕЦЕПТОРОВ

Лифанова А.С., Хаертдинов Н.Н.
Казанский (Приволжский) государственный университет
Руководитель - д.б.н., проф. Ситдикова Г.Ф.

Сероводород (H₂S)- «газомедиатор» с общеизвестными физиологическими эффектами. Одной из возможных мишеней действия H₂S в кардиомиоцитах крысы является система цАМФ. Известно, что β -адренорецепторы обеспечивают локальное повышение уровня цАМФ вблизи Ca²⁺-каналов, что ведет к их фосфорилированию и усилению входящего Ca²⁺-тока. Целью работы было исследование эффектов H₂S на сократимость миокарда предсердия мышцы *Mus musculus* в условиях активации β -адренорецепторов.

В качестве донора H₂S использовали гидросульфид натрия (NaHS). Эксперименты по регистрации сократимости проводили на изолированных предсердиях миокарда мыши с помощью установки (Вюрас, США). Кроме того, исследовали влияние H₂S на интенсивность Ca²⁺-сигналов в кардиомиоцитах предсердия с использованием флуоресцентного метода.

При добавлении NaHS в концентрациях 100, 200 и 300 мкМ наблюдалось снижение силы сокращения миокарда относительно контрольных значений до 91,1±6,7% (n=5, p>0,05), 78±5,4% (n=5, p<0,05) и 72,3±6,3% (n=5, p<0,05) соответственно. Для активации β -адренорецепторов использовали изопроterenол (ISO) в концентрации 1 мкМ. Амплификация ISO вызывала увеличение амплитуды сокращения миокарда до 152,2±18,6 (n=11, p<0,05) к 7 минуте. В условиях предварительной активации β -

адренорецепторов NaHS в концентрациях 100, 200 и 300 мкМ уменьшал силу сокращения миокарда до $79,9 \pm 6,3\%$ ($n=8$, $p<0,05$), $58,3 \pm 7,2\%$ ($n=5$, $p<0,05$) и $52,3 \pm 5,3\%$ ($n=5$, $p<0,05$) соответственно, что достоверно больше, чем действие NaHS в контроле.

Увеличение ионов Ca^{2+} в кардиомиоцитах является ключевым фактором, запускающим сокращение. Интенсивность Ca^{2+} -сигналов в контроле составила $0,32 \pm 0,05$ о.е. ($n=11$, $p<0,05$). При добавлении NaHS в концентрации 100 мкМ интенсивность Ca^{2+} -волн уменьшилась до $0,13 \pm 0,03$ о.е. ($n=4$, $p<0,05$) к 10 мин. Эффект NaHS был обратимым после отмывки. В условиях предварительной аппликации ISO NaHS в концентрации 100 мкМ уменьшал интенсивность Ca^{2+} -сигналов до $0,11 \pm 0,05\%$ ($n=3$, $p<0,05$) к 10 мин аппликации.

Таким образом, полученные данные показывают, что в предсердиях мышцы донор сероводорода проявляет отрицательный инотропный эффект только в условиях активации β -адренорецепторов, тогда как снижение глобальной концентрации ионов кальция происходит и в отсутствие адренергической стимуляции.

ВЛИЯНИЕ СЕРОВОДОРОДА НА МЕМБРАННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ КУЛЬТУРЫ КЛЕТОК GH3 ГИПОФИЗА КРЫСЫ

Мустафина А.Н.

**Казанский (Приволжский) государственный университет
Руководитель - д.б.н., проф. Ситдикова Г.Ф.**

Сероводород (H_2S) – газообразный посредник, синтезируемый эндогенно в клетках организма и выполняющий целый ряд физиологических функций наряду с оксидом азота (NO) и монооксидом углерода (CO). Мишенями действия H_2S являются ионные каналы, транспортеры, ферменты. GH3 клетки - клеточная линия нейросекреторных клеток, происходящая из переднего гипофиза, обладают спонтанной активностью. Целью данной работы было исследование влияния и механизмов действия H_2S на мембранный потенциал GH3 клеток гипофиза крысы.

Эксперименты проводились на культуре гипофизарных клеток крысы GH3, полученных из коллекции микроорганизмов и клеточных культур ФРГ. Регистрация мембранного потенциала проводили в конфигурации whole-cell current clamp с использованием усилителя Axopatch-200B и программы Clamp10. Гидросульфид натрия (NaHS) использовали в качестве донора H_2S , так как в водных растворах диссоциирует до иона натрия (Na^+) и гидросульфидного аниона (HS^-), который реагируя с протоном (H^+), образует H_2S .

Аппликация NaHS в концентрации 300 мкМ приводила к гиперполяризации мембранного потенциала клеток на $17,86 \pm 7,49$ мВ ($n=7$) в течение 30 сек аппликации, снижению генерации потенциалов действия. При этом в клетках, которые генерировали спонтанные потенциалы действия наблюдалось их исчезновение. Известно, что NaHS является активатором АТФ-зависимых K-каналов в гладкомышечных и эндотелиальных клетках сосудов. Поэтому было предположено, что увеличение мембранного потенциала может быть связано с активацией АТФ-зависимых K-каналов. Блокатор АТФ-зависимых K-каналов глицбенкламид в концентрации 50 мМ не приводил к достоверному изменению мембранного потенциала, что свидетельствует о низкой вероятности их открытия в условиях покоя. На фоне действия глицбенкламида эффект NaHS практически не проявлялся. Изменение мембранного потенциала составило $1,75 \pm 0,96$ ($n=7$).

Таким образом, NaHS вызывает гиперполяризацию мембраны GH3 клеток гипофиза, что в свою очередь может приводить к исчезновению потенциалов действия в этих клетках и снижению освобождения гормонов.

ЭКСПРЕССИЯ 5-HT2В РЕЦЕПТОРОВ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА СТРУКТУРУ МИОКАРДА НА ЭМБРИОНАЛЬНОМ ЭТАПЕ РАЗВИТИЯ ЧЕЛОВЕКА.

Билалова Д.Ф.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.б.н., проф. Нигматуллина Р. Р.**

В развитии приобретённых пороков (ПП) важная роль отводится эмбриональным механизмам развития органа. Предположительно, в ПП клапанов сердца, таким механизмом является активность эндотелиальных клеток (ЭК). В развитии структур сердца серотонин играет важную роль (Nebigil., 2003), также он отвечает за формирование фиброзно-эластических компонентов (ФЭК).

Цель: выявление экспрессии и степени выраженности 5HT2b серотониновых рецепторов (5-HT2bR) в сердце и его структурах у эмбриона человека (ЭЧ) в фетальном периоде развития (ФПР).

Задачи:

- оценить морфологические изменения структур сердца в ФПР;
- оценить интенсивность экспрессии 5HT2b рецепторов в сердце, в том числе в ЭК;
- выявить зависимость развития структур сердца и интенсивности экспрессии рецепторов на протяжении ФПР.

Результаты:

1. В период 11-12 недель наблюдается сильная экспрессия 5-HT2bR в толще миокарда всех отделов сердца. Однако:
2. На начальных сроках эмбриогенеза экспрессия 5-HT2bR проявляется в толще всего сердца, но с развитием, больше на периферии, ближе к эпикарду (Эп), и в предсердиях (Пр). Далее происходит снижение интенсивности окраски, однако, миокард Пр продолжает экспрессировать большое количество 5HT2bR. Вероятно, 5-HT2bR в возрасте 10-12 недель отвечают за дифференцировку структур и поэтому экспрессия 5-HT2bR наблюдается в толще всей сердечной мышцы. Данные изменения приходятся на конец 2 триместра.
3. Развитие ЭЧ на 15-16 недели, охарактеризовалось отсутствием экспрессии 5-HT2bR как в эндокарде (Эн), так и в Эп. Наблюдается активный рост Эп, а также миграция экспрессии 5-HT2bR на периферию, в область близкую к Эп, ослабевание окраски в МЖП, папиллярных мышцах, хордах, а так же в фиброзных кольцах клапанов. С увеличением срока, хорды и другие ФЭК были иммунонегативны к 5HT2bR. Дальнейшее развитие происходит в Ж за счет дифференцировки клеток, находящихся ближе к Эп, поэтому иммунопозитивные клетки остаются в срединных структурах Ж. Далее происходит смена тенденций и в третьем триместре наблюдается экспрессия 5HT2bR в ЭК клапанов, однако ЭК желудочков, по прежнему, остаются иммунонегативными.

Можно полагать, что клетки данного типа могут служить как генератором, стимулирующим рост и дифференцировку в миокарде ЭЧ, так и дальнейшим резервным механизмом восстановления.

СПОНТАННАЯ И ВЫЗВАННАЯ СЕКРЕЦИИ МЕДИАТОРА: РАЗЛИЧНЫЕ ПУТИ РЕЦИКЛИРОВАНИЯ

Григорьев П.Н.

Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Зефилов А.Л.

Известно, что в синапсах химического типа возможно несколько вариантов секреции медиатора: спонтанная и вызванная синхронная, асинхронная. Однако, в литературе накоплены противоречивые сведения о способности участия отдельных синаптических везикул в нескольких вариантах секреции. В опытах на нервно-мышечных препаратах кожно-грудинной мышцы лягушки *Rana Ridibunda* с использованием электрофизиологического (внутриклеточная регистрация постсинаптических сигналов) и оптического (флуоресцентная конфокальная микроскопия с использованием двух спектрально разделяемых красителей) подходов исследовались процессы спонтанной и вызванной секреции медиатора и экзо-эндоцитоза синаптических везикул. Зарегистрированная при внутриклеточном отведении частота миниатюрных потенциалов концевой пластинки составляла $0,41 \pm 0,06$ с⁻¹ (n=9) и сохранялась продолжительное время, в течение всего времени регистрации (до 20 часов). Раздражение двигательного нерва вызывало появление многоквантовых потенциалов концевой пластинки. Для загрузки пулов синаптических везикул, участвующих в вызванной секреции медиатора, препарат помещался в раствор Рингера, содержащий краситель FM 4-64, и производилось высокочастотное раздражение нерва продолжительностью 3 мин. После отмывки производилась загрузка пула синаптических везикул, участвующих в спонтанной секреции медиатора. Для этого препарат помещался на продолжительное время (8-16ч) в раствор Рингера, содержащий FM 1-43. При регистрации в двигательных нервных окончаниях не отмечались значительных отличий в топографии флуоресцирующих пятен красителей FM 1-43 и FM 4-64, что свидетельствует об отсутствии пространственного обособления пулов везикул, обслуживающих спонтанную и вызванную секреции. Однако, высокочастотное раздражение двигательного нерва окрашенных препаратов приводило к различной динамике падения свечения пятен в разных каналах, что указывает на различия в путях рециклирования везикул, участвующих в спонтанной и вызванной секрециях. Исследование поддержано грантами РФФИ 11-04-00568-а и РФФИ 12-04-31550 мол_а.

ЭФФЕКТЫ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО РАСТВОРА ПОЛИЭТИЛЕНГЛИКОЛЯ НА СЕКРЕЦИЮ МЕДИАТОРА И ЭКЗО-ЭНДОЦИТОЗ СИНАПТИЧЕСКИХ ВЕЗИКУЛ В НЕРВНО-МЫШЕЧНОМ СИНАПСЕ МЫШИ

Мавлиева А.Ф.

Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., ст. преп. Григорьев П.Н.

Известно, что квантовая секреция медиатора в синапсе химического типа может осуществляться путем полного экзоцитоза и посредством образования временной поры (kiss-and-run вариант). Свидетельства в пользу существования kiss-and-run типа секреции получены в опытах на секреторных клетках и центральных синапсах, тогда как возможность данного варианта секреции в нервно-мышечном синапсе мыши остается неизвестной. В опытах на нервно-мышечных препаратах диафрагмы мыши с использованием электрофизиологического (внутриклеточная регистрация постсинаптических сигналов) и оптического (флуоресцентная микроскопия) подходов исследовались процессы секреции медиатора и экзо-эндоцитоза синаптических везикул при увеличении осмотичности раствора Кребса. Обнаружено, что добавление полиэтиленгликоля дозозависимо увеличивало осмотичность раствора и частоту спонтанной секреции медиатора. Так, в растворе Кребса частота миниатюрных потенциалов концевой пластинки (МТКП) составляла $1,1 \pm 0,1$ с⁻¹, а добавление полиэтиленгликоля (25 мМ и 50 мМ) приводило к увеличению частоты МТКП до $3,0 \pm 0,5$ с⁻¹ и $10,6 \pm 1,1$ с⁻¹, соответственно. Стимуляция экзоцитоза и секреции медиатора высокочастотным раздражением (50 имп/с, 1 мин) в присутствии красителя FM 1-43 (6 мкМ) приводила к захвату красителя внутри нервных окончаний и увеличению интенсивности свечения нервных терминалей. Высокочастотное раздражение предварительно окрашенных препаратов выражалось в падении свечения нервных терминалей, тогда как экспозиция окрашенных препаратов в гипертоническом растворе полиэтиленгликоля не приводила к заметному снижению флуоресценции нервных терминалей. Полученные результаты обсуждаются.

ФИЛОСОФИЯ

ПОСЛЕДСТВИЯ ТЕОРИИ З. ФРЕЙДА В МОРАЛЬНО- ЭТИЧЕСКИХ ИМПЕРАТИВАХ ЗАПАДНОЙ КУЛЬТУРЫ

Семёнова М.В.

Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.ф.н., ст. преп. Леонтьева Т.И.

Предметом доклада является влияние теорий З. Фрейда на морально- этические императивы Западной Европы. З. Фрейд, изучая психику человека, пришел к выводу, что люди являются, отчасти, рабами своих желаний. Но не все желания можно воплотить в жизнь просто потому, что это не этично, аморально, не культурно, или не принято в обществе. Он пришел к выводу, что именно воздержание является причиной неврозов и различных психических отклонений. Это можно проследить в некоей половой дискриминации в отношении к сексу. Так, если мужчина мог, при желании, иметь несколько женщин, и это считалось нормальным, то женщина, при всем своем желании, должна была быть верна лишь одному мужчине, т.к. иначе было аморально, унижительно. Вследствие этого у нее возникали неврозы и деформация психики. Фрейд считает, что такая «культура» уничтожает развитые народы. Так, мы увидели, что у культуры может быть и отрицательная сторона. Уже сам Зигмунд Фрейд говорил о том, что моральные права полов должны быть равными, а его последователи, феминистки, продолжают за это бороться.

В современном мире в Европе моральные права полов почти равны. Так, дамам уже не обязательно ходить в длинных платьях, боясь показать ножку. Люди не стесняются своего тела, а наоборот, гордятся им. В кино, рекламе, театральных постановках всё чаще присутствуют откровенные образы. Еще в советское время было зазорным говорить о половом развитии и

половых отношениях. Теперь же есть очень много открытых источников, люди не стесняются себя и своих желаний так, как это было 100 или даже 50 лет назад.

Можно сказать, что З. Фрейд открыл людям глаза на их истинные желания. Возможно, если бы не он, то неизвестно в каком мире мы бы сейчас жили.

МОРАЛЬНЫЕ И ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АБОРТОВ

Ляхова Е.А.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.ф.н., доц. Гурьянов А.С. .**

Целью исследования является анализ взглядов на феномен аборта в обществе. Исторически отношение к абортам всегда было неоднозначным, со времен первого упоминания о них 4600 лет назад в Китае. Существуют три главные позиции по вопросу об абортах. На одном полюсе - сторонники "сохранения жизни", которые хотели бы запретить аборт при всех обстоятельствах. На другом полюсе находятся сторонники "свободного выбора": они считают, что нельзя ограничивать свободу выбора для матери - все беременные должны иметь возможность сделать аборт. Промежуточную позицию занимают те, кто считает аборт допустимым только в определенных случаях.

В этой проблеме существует принципиальный момент: что считать за начальный момент человеческой жизни? Хотя и яйцеклетка, и сперматозоид - живые клетки, оплодотворение не всегда автоматически приводит к созданию жизнеспособного организма. Зигота или даже крошечный эмбрион - еще не личность в обычном смысле этого слова. Проблема здесь гораздо сложнее и носит больше философский, чем естественнонаучный характер. Но даже те, кто не склонен признать эмбрион или плод личностью, могут быть противниками абортов. Эти люди часто указывают на то, что человеческий зародыш потенциально способен стать личностью, и поэтому убивать его безнравственно: фактически это значило бы лишать его права на жизнь.

Защитники права на аборт обычно исходят из того, что не следует вмешиваться в частную жизнь женщин, решая за них судьбу их беременности. Они полагают, что каждая женщина должна иметь выбор - делать ей аборт или нет. Многие из тех, кто занял либеральную позицию в отношении абортов, усматривают в философии своих оппонентов некоторую долю лицемерия: гораздо более важно решать проблемы уже родившихся детей, чем тех, кого еще нет. Но по некоторым вопросам и "либералы" расходятся в мнениях. Иногда их смущает предложение разрешить аборт в случаях врожденных аномалий, в том числе генетических, так как не ясно, где провести разграничительную линию.

Мое мнение по этому вопросу носит двойственный характер: с одной стороны, я считаю, что «убийство» зародыша не является безнравственным поступком, так как зигота не имеет статуса личности. С другой стороны, аборт – это крайняя мера, которая не должна считаться нормой поведения.

ГУМАНИЗМ ИЛИ ПРОФЕССИОНАЛИЗМ?

Шарипова Р.Р.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.филос.н. Нагуманова С.Ф.**

"Служение врача есть служение любви и сострадания: он призван любовно обходиться с больным. Если этого нет, то нет главного двигателя, нет «души» и «сердца», " - пишет Иван Ильин в своей работе " О призвании врача". В XIX веке так и было. Остается ли верным это суждение в наше время?

Мною был проведен опрос среди врачей. Результаты таковы, что врачи экстренной помощи, хирурги, реаниматологи (I тип) утверждали, что врачу необходим профессионализм, а гуманизм – не самое главное. Объяснения сводятся к тому, что физические тела одинаковы, если при аппендиците не сделаешь операцию, то каким бы гуманным ни был врач, пациент умрет. В ситуации экстренной помощи, когда жизнь пациента висит на волоске, гуманизм отступает на второй план. А терапевты, психиатры, психологи (II тип) яростно утверждали обратное. "Только гуманное отношение к пациенту и, конечно, профессионализм, не в последнюю очередь, врача помогут вылечить больного». Врачи, которые работают с каждым пациентом длительное время, утверждают, что именно гуманность нужна врачу, независимо от специальности. Врач, будучи профессионалом, если не будет так же гуманным, то он не сможет помочь пациенту. А гуманизм так или иначе просто не допустит отсутствие профессионализма в деятельности врача.

Таким образом, профессионализм считают необходимым качеством врачи обоих типов, гуманность не считают необходимым качеством врачи I типа. Была выявлена закономерность, что специалисты, которые оказывают помощь, результат которой однозначен (либо есть, либо его нет), считают главным только профессионализм. Врачи, которые работают с одним и тем же пациентом длительное время, при хроническом течении болезни (нет ни результата ни изменений), считают главным гуманизм.

Вывод: гуманизм проявляется по-разному в работе врачей выделенных нами двух типов.

ПРОБЛЕМА ЭВТАНАЗИИ:ЭТИЧЕСКИЙ И ЮРИДИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Шакирова Р.Р.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.ф.н.,доц. Гурьянов А.С. .**

Целью исследования является анализ положительных и отрицательных сторон явления, в современных условиях уже вышедшего за пределы медицины, - эвтанази, и в связи с этим - выявление его социальной составляющей, а именно этической и юридической.

Эвтаназия – явление неоднозначное. Основные аргументы в пользу эвтаназии: если жизнь человека связана с невыносимыми физическими мучениями, то никто не имеет права заставлять человека страдать и дальше, смерть становится благом; если человек, будучи в здравом уме, добровольно желает прервать свою жизнь, то он имеет право выбора. Основные аргументы против эвтаназии: умерщвление человека всегда является нравственным злом; иногда невозможно поставить окончательно

ный диагноз, и возможны ошибки; человек может принять решение об эвтаназии под воздействием болевого шока, который может прекратиться.

Юридическая и этическая стороны эвтаназии тесно взаимосвязаны. Жизнь человека – высшая и священная ценность, и об этом говорят и религия, и гуманистические идеалы. Поэтому эвтаназия там, где она практикуется, нуждается в юридическом оправдании: это убийство или позволение умереть? Кодекс Американской Медицинской Ассоциации гласит, что врачи не должны прерывать жизнь. Но врачи не обязаны продлевать жизнь, когда излечение невозможно. То есть убийство запрещено законом, а позволение умереть разрешено. Кроме того, в странах, где эвтаназия запрещена, страдания неизлечимого пациента часто облегчают через ускорение его смерти в связи с чем возникла доктрина двойного эффекта: если обдуманное действие будет иметь более одного последствия, оно является намеренным результатом, и врач несет ответственность за него.

Очевидно, что этическая оценка эвтаназии состоит в принятии решения или отказе от него в отношении эвтаназии, тогда как юридическая проблема состоит в необходимости выработки правовой процедуры осуществления эвтаназии, если данный акт будет разрешен законодательством, или же, в случае ее запрещения, предусмотрении ситуаций, когда осуществлении эвтаназии не будет возможно под благовидными предложениями. Необходимо принять современный закон об эвтаназии. Для этого необходимо активное участие всего общества, культурных деятелей, богословов и самого государства.

ГЕНЕЗИС МЕДИЦИНЫ ДРЕВНЕГО КИТАЯ: АНАЛИЗ ТРАКТАТА «НЭЙ-ЦЗИН»

Нургатина И.И.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - асс. Гаязова С.Р.

Целью нашего исследования является выявление существенных положений древнекитайской медицины, изложенных в трактате «Нэй-Цзин». Для этой цели мы использовали метод традиционного анализа документов.

Первое упоминание о частицах Инь и Ян дано в «Книге Перемен» («И-Цзин»). Именно философы эпохи борющихся царств основали космологическую школу, положения которой нашли себе применение в качестве теории медицины, изложенной в основополагающем трактате традиционной китайской медицины «Нэй-Цзин», т. е. для объяснения природных явлений и их влияния на человека и его болезни.

Изучение «Нэй-Цзин» позволяет объяснить основания древнекитайской медицины. Суть их заключается в формулировании правил, позволяющих накапливать и сохранять на должном уровне человеческую энергию, которую даосы называли «жизненной» (или просто Жизненностью). На деле, это - распределенная в отдельных телах единая космическая энергия. В «Нэй-Цзин» врачам-иглотерапевтам многократно сообщается о необходимости «сохранения» этой жизненной энергии, избегания ее бесполезного растрачивания или использования чрезмерно токсичных продуктов (питания). Главными «врагами» этой жизненной энергии объявляются невоздержанность, переутомление, «чрезмерные» желания и слишком сильные эмоции.

Нет никаких сомнений в том, что современная медицина обладает многими достижениями и методами, которые были неизвестны древним, и которые не позволяют ей совершать те же ошибки. Однако не следует забывать и о том, что любые методы есть не более, чем орудия духа их "животворящего", на них опирающегося и их направляющего.

Современная медицина есть наука универсальная и цель у нее одна: полное знание о «физическом» человеке, знание, которое позволит в идеале вылечить его ото всех заболеваний или, хотя бы, отсрочить миг его смерти. В отечественной медицинской практике, так же, как и в ряде развитых зарубежных стран, элементы традиционных лечебных практик применяются в качестве «дополнительных» в процессе комплексного лечения пациентов. Изучение «Нэй-Цзин», на наш взгляд, не только способствует углублению знаний культурологического характера, но также и позволит приобрести дополнительные сведения, делающие возможным повышение эффективности терапии, в частности, расширить знания в области акупунктуры.

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ФЕНОМЕНА ВАРВАРСТВА В СОЧИНЕНИЯХ ИБН – ХАЛЬДУНА

Гаязова С. Р.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - д.ф.н., проф. Меньчиков Г.П.

Арабский средневековый мыслитель Ибн-Хальдун стремился построить модель, которая может помочь объяснить причину падения цивилизаций и экономический упадок. Его интересовал вопрос, почему расцветающий мусульманский мир вдруг начал деградировать? В центре исследования стоит человек, ибо взлеты и падения зависят от того, счастливы люди или страдают. Также значимы политическая, моральная, экономическая, и другие сферы – те, в которых происходят взаимодействия между людьми.

Человек – существо общественное, разум которого направляет его на объединение, поскольку в одиночестве он не может добыть то, что нужно для существования. Также люди объединяются для защиты, поскольку сообща защищаться выгоднее. Объединившиеся люди нуждаются в правителе. Степень прогресса определяет городская или сельская жизнь. Городская жизнь возникла, когда человек из стремления выжить стал добывать больше, чем ему нужно. Это дало ему чувство уверенности и отчасти освободило от труда. Однако человек стал испытывать потребность в защите. Улучшение общественной жизни, по Ибн-Хальдуну, привело к варварству. Человек испортился: живя в городе, он стал ленив, развратился от роскоши – стал обладателем дурных качеств, пороков. А порок знаменует скорую гибель.

Ибн-Хальдун выделял три поколения: первому поколению свойственны простота нравов, относительное равенство, стремление к участию общества в делах государства; второе поколение уже изнежено роскошью, живёт в условиях неравенства и взаимной враждебности, трусливо, неспособно к самозащите, нуждается в наёмной армии и охране; при третьем поколении происходят окончательная деградация, разрушение государства, распад его на более мелкие или захват другим государством

Ибн-Хальдун описал конфликт между кочевниками и более цивилизованными оседлыми народами в контексте постоянной смены власти, циклический подъем и падение династий. Кочевники всегда стремились к лучшей жизни, а городская жизнь вела к деградации, ибо появлялись излишки. Преодолению варварства способствует сплоченность людей и моральное совершенствование. Труд – основа человеческого общества и всех ценностей, а прибыль есть результат труда. Варварством является то, что общество, достигнув материального достатка, теряет свое стремление к труду. Появление излишков является причиной лени человека, это замедляет и уничтожает те улучшения, которых достиг человек, ибо человек

больше ничего не производит, только потребляет. Ибн-Хальдун подчеркивал огромную роль экономического фактора для развития общества: рост экономики способствует развитию общества.

ФИЛОСОФСКИЕ ОСНОВАНИЯ ПОЛОЖЕНИЙ «КАНОНА ВРАЧЕБНОЙ НАУКИ» ИБН-СИНЫ

Ахметханов, Валеев
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - асс. Гаязова С.Р.

Цель работы — анализ трактата Ибн-Сины (Авиценны) «Канон врачебной науки». Для достижения указанной цели нами был использован метод традиционного анализа документов.

Данный трактат имел огромное значение для врачей в период с XII по XVII вв., лекари многих стран не только Востока, но и Запада изучали азы своего ремесла по «Канону». Систематичность и логичность как большие достоинства «Канона» отмечали даже те, кто склонен был преуменьшать значение Ибн-Сины в истории медицины.

Успех «Канона врачебной науки» был вызван ясностью, убедительностью, простотой описания клинической картины болезней, точностью терапевтических и диетических предписаний. Эти особенности быстро принесли «Канону» огромную популярность, а его автору обеспечили «самодержавную власть в течение пяти столетий во всем медицинском мире Средних веков».

«Канон врачебной науки» – это обширное сочинение, состоящее из 5 книг:

1. В книге 1-ой излагается теоретическая медицина. Это своеобразный учебник по анатомии и физиологии с пропедевтикой внутренних болезней.

2. В книге 2-ой дано описание простых лекарственных веществ, излагается учение Ибн-Сины о лекарствах, их природе и апробации. В ней подробно описаны 785 простых растительных, животных, минеральных лекарственных веществ с указанием их действия, способов применения, правил сбора и хранения. Из приведенных в трактате Ибн-Сины 396 растений в современной медицине применяют 165.

3. Книга 3-я, самая обширная, посвящена патологии и терапии – описанию отдельных болезней и их лечению.

4. Книга 4-я состоит из 7 частей и 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. Освещаются основные вопросы учения о ядах.

5. Книга 5-я содержит описание «сложных» лекарств, а также ядов и противоядий. Пятая книга, по сути, – исчерпывающая для своего времени фармакопея. В ней подробно излагается приготовление сложных лекарств и их применение.

Каждое новое издание «Канона врачебной науки» является новой вехой в развитии современного авиценноведения, новым свидетельством признания вклада Абу Али Ибн-Сины в общечеловеческую культуру, новым прогрессивным толчком, способствующим процветанию медицины и медицинской науки

ПАРЛАМЕНТСКИЕ ДЕБАТЫ, КАК СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ МИРОВОЗЗРЕНИЯ: ОБОБЩЕНИЕ ОПЫТА РАБОТЫ КЛУБА ДЕБАТОВ КАЗАНСКОГО ГМУ

Граница А.С.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.ф.н., ст. преп. Соловьянова М.Е.

Дебаты – это ролевая игра, созданная по прототипу дебатов в парламенте при принятии законопроекта. Движение дебатов возникло более полувека в США и Великобритании, в России дебаты появились в 1994 году. В Казани движение дебатов появилось около 6 лет назад. «Клуб Дебатов Казанского ГМУ» был основан в декабре 2010 года и за это время стал одним из ведущих Клубов г.Казани.

Целью данной работы стало рассмотрение парламентских дебатов, как способ формирования мировоззрения через обобщение опыта работы Клуба Дебатов Казанского ГМУ.

Задачи:

1) Анализ доступной литературы по заявленной теме.

2) Изучение методов влияния парламентских дебатов на мировоззрение дебатеров.

3) Рассмотрение опыта работы Клуба Дебатов Казанского ГМУ через призму влияние на мировоззрение его членов.

Результаты и выводы:

1) Анализ доступной литературы показал специфику мировоззрения личностных качеств членов сообщества дебатеров.

2) Влияние на мировоззрение дебатеров происходит вследствие : широты обсуждаемых тем и поднятых вопросов, использования методов дискуссии с набором логических приемов, дедуктивного и индуктивного методов обработки информации.

3) Опыт работы Клуба Дебатов Казанского ГМУ показал позитивное влияние на становление врачебного мышления его членов.

ИНТУИЦИЯ В ФИЛОСОФСКОМ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ АСПЕКТАХ

Граница А.С.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.ф.н., ст. преп. Соловьянова М.Е.

Размышляя о причинах наших поступков, неизбежно вспоминаешь о том, что порой знание приходит тогда, когда его не ожидаешь. Почти не различимая уверенность в правильности именно этого поступка. Уверенность, которую называют интуицией. Это слово вместе со своей ускользающей простотой не в силах оставить видимый отпечаток определения, и взгляды на природу этого явления все так же не имеют полноты и исчерпанности.

Целью данного доклада стало рассмотрение интуиции в философском и психологическом аспектах.

Задачи:1) Изучить доступный литературный материал по заявленной теме.2) Провести анализ философских трактовок понятия интуиция.3) Провести анализ трактовок понятия интуиция с точки зрения психологии.4) Вычленить общие представления о понятии интуиция.

Результаты и выводы:1) С точки зрения философии проблему интуицию освещают подходами априористическими, которые базируются на непосредственности интуитивного знания(Платон, Декарт, Шелинг, Шопенгауэр и др.), предшествующего опыту и неаприористическими, где интуитивное знание дано непосредственно в опыте (Локк и др.) 2) С точки зрения психологии интуицию многие авторы рассматривают как бессознательный когнитивный процесс: интуиция как инстинктивная реакция, диспозиционная интуиция (обусловленная бессознательными установками), перцептивная интуиция (продукт работы механизмов субсенсорного восприятия, «бокового зрения», апперцепции, образования гештальта), ассоциативная интуиция, логическая интуиция (свернутое умозаключение, «автоматизированное» логическое мышление), эвристическая интуиция (связанная с взаимодействием между чувственными образами и понятиями, в процессе которого на основе комбинирования образов формируются понятия (концептуальная интуиция) или с помощью понятий создаются чувственные образы (эйдетическая интуиция))3) Таким образом, интуитивное знание – это особый вид непосредственного знания, основанный на предшествующем опыте, опосредованный общественной практикой человечества, являющийся результатом внезапного, неосознанного усмотрения истины без предшествующего логического анализа и последующего логического доказательства на данном этапе научного исследования (Ирина В. Р., Новиков А. А 1978, с. 152–15).

ПРОБЛЕМА ЛЮБВИ В ТВОРЧЕСТВЕ В. СОЛОВЬЕВА И З. ФРЕЙДА: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ

Пономарёва А.В.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.ф.н.,ст. преп. Соловьянова М.Е.

Несмотря на неподдельный интерес философов к рассуждениям о столь противоречивой проблеме любви, они уже много веков не в силах дать однозначное толкование сущности этого чувства. Исследование вопроса любви показалось интересным и для нас, так как содержит в себе множество противоречий и приглашений к размышлению.

Целью нашего исследования является анализ двух различных подходов к пониманию сущности любви: концепции русского религиозного мыслителя В. Соловьева и психоаналитической концепции З. Фрейда.

Задачи исследования:

- изучение особенностей трактовки феномена любви в концепциях В. Соловьева и З. Фрейда;

- поиск общих и противоположных черт в данных подходах;

- проверка возможности влияния историко-биографических и социально-культурных факторов на формирование отношения к проблеме любви.

Для выполнения поставленных задач был проведен анализ научных статей и историко-биографических данных.

Истинная любовь с позиции Владимира Соловьева – экзальтированное чувство, объемлющее все окружающее и лишённое физического аспекта. Истинная любовь всегда неизбежно сопряжена со страданием. Любовь к себе, как к носителю образа Бога есть начало для любви ко всему сущему как к творению Господнему. Сложность в том, чтобы от любви образа Божьего внутри себя, с достоинством претерпевая страдания любви, преодолев эгоизм и эгоцентризм, прийти к чувству высокому и всеобъемлющему, служащему основой единства двух людей.

По Фрейду, любовь, напротив, строится лишь на физическом удовлетворении. Отсутствие любви, может привести к двум противоположным исходам: к замыканию в себе, эгоизму, ненависти ко всему окружающему, или (лучший, по мнению Фрейда, исход) к сублимации – перенаправлению нереализованной сексуальной энергии в иное, социально-полезное русло.

Истолковывая любовь с разных позиций, Фрейд и Соловьев приходят к некоторым общим выводам. Так, наиболее трудным для человека оказывается преодолеть эгоизм (по Соловьеву), нереализованность в сексуальной сфере (по Фрейду) и прийти к высшей любви (по Соловьеву) и сублимации (по Фрейду), внешние проявления которых схожи.

ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИЯ

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГЕПАТОПРОТЕКТОРОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ

Каримова А.А.

Уральская государственная медицинская академия

Руководителя степень - к.б.н., доц. Гаврилов И.В.

Лекарственные поражения печени являются одной из главных причин недостаточной эффективности лечения туберкулеза. Весьма актуальны многоцентровые клинические исследования гепатопротекторов в детской фтизиатрической практике.

Цель работы: оценка гепатопротекторов в терапии побочных реакций на противотуберкулезную химиотерапию у детей.

Методы исследования: простое проспективное исследование побочных реакций у детей, проходивших лечение в 2012 году в детском отделении противотуберкулезного диспансера города Екатеринбурга (202 пациента, средний возраст 6,2±0,3 лет). Критериями эффективности лечения гепатотоксических реакций были: сроки регрессии клинических симптомов, сроки отмены антибиотиков, длительность госпитализации, нормализация лабораторных показателей.

Результаты: лекарственное поражение печени было зафиксировано у 55 детей (37,2%), оно проявлялось синдромом цитолиза и синдромом холестаза. Из-за выраженных проявлений лекарственного гепатита у 12,7% детей была изменена схема лечения. Временная отмена и коррекция основной терапии привели к замедленной рентгенологической динамике туберкулезных изменений. Выявлены достоверные различия по срокам пребывания в стационаре в группах сравнения: в группе без побочных реакций - 2,6 месяца, при их наличии - 6,5 месяцев.

Для лечения лекарственных гепатитов использовались препараты растительного происхождения, эссенциальные фосфолипиды и препараты урсодезоксихолевой кислоты. Доказано эффективное клиническое действие Урсосана: срок ликвидации цитолиза был вдвое меньше, чем у детей, получающих базис-терапию гепатитов, что позволило быстрее возобновить адекватную противотуберкулезную терапию.

Заключение: в проспективном клиническом исследовании доказана целесообразность применения препаратов урсодезоксихолевой кислоты, они являются наиболее эффективными при лечении лекарственных гепатитов у детей, получающих противотуберкулезную химиотерапию.

ОСОБЕННОСТИ СТАТУСА ИНФИЦИРОВАННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ РАБОТНИКОВ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Ваганова У.С., Сысоев П.Г., Полищук А.В.
Ижевская государственная медицинская академия
Руководитель - д.м.н., доц. Русских О.Е.

В настоящее время ситуация по туберкулезу в Удмуртской республике нестабильная, а заболеваемость туберкулезом работников медицинских учреждений неотъемлемо связана с заболеваемостью населения.

Цель исследования - изучение заболеваемости туберкулезом среди медицинских работников.

Методы исследования – выкопировка данных из медицинской документации за 2002-2011гг., проведение иммунологического теста (Диаскинтест). Объект исследования – медицинские работники Удмуртской республики.

Полученные результаты. Заболеваемость туберкулезом медицинских работников находится выше аналогичного показателя среди населения. Показатель заболеваемости туберкулезом сотрудников противотуберкулезной службы превышает таковой среди всех медицинских работников в среднем 3-4 раза. В профессиональной структуре работников медицинских учреждений, заболевших туберкулезом, преобладают врачи и средний медицинский персонал (25,0 и 35,0% соответственно). Почти половина случаев заболевания выявлено по обращаемости (46,0%). В структуре заболеваемости туберкулезом преобладают лица репродуктивного (18-50 лет), женского пола (73,0%), работающих в учреждениях общей лечебной сети (44,0%).

Анализ данных иммунодиагностики среди сотрудников противотуберкулезной службы позволил установить, что 72,7% результатов кожной пробы с препаратом Диаскинтест среди врачей были положительными и гиперэргическими. Среди среднего медицинского персонала положительные и гиперэргические реакции на Диаскинтест зарегистрированы в 52,8% случаев. Среди младшего медицинского персонала положительные и гиперэргические реакции на пробу Диаскинтест составили 70,8%.

Планируется проведение аналогичных диагностических тестов в группе сравнения – медицинские работники не противотуберкулезных учреждений.

Выводы. Показатель заболеваемости туберкулезом медицинских сотрудников Удмуртской республики находится выше заболеваемости населения. Туберкулез у медицинских работников в половине случаев выявляется по обращаемости. Все медицинские работники должны регулярно проходить тщательное медицинское обследование на туберкулез, в том числе с применением препарата Диаскинтест.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ СРЕДСТВ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ, С СОПУТСТВУЮЩЕЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Павлова М.А.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., асс. Гизатуллина Э.Д.

Цель: Провести оценку клинической эффективности применения антибактериальных препаратов при лечении неспецифических бронхолегочных инфекций у больных туберкулезом лёгких.

Материалы и методы: В исследование было включено 97 больных туберкулезом органов дыхания, находившихся на стационарном лечении в Республиканском клиническом противотуберкулезном диспансере Минздрава Республики Татарстан: из них 72 мужчины (74,2%) и 25 женщин (25,8%) в возрасте от 20 до 79 лет (в среднем 40,27 - 1,25 лет).

Основным критерием включения в выборку было назначение больным туберкулезом антибактериальных препаратов, не обладающих антимикобактериальной активностью при появлении признаков сопутствующей бронхолегочной неспецифической инфекции.

Результаты: Больные с инфильтративным туберкулезом лёгких составили 73,2% (71 пациент), из них бактериовыделителей было 83,1%; с фиброзно-кавернозным туберкулезом – 17,5% (17 пациентов), МБТ в мокроте обнаружены у 94,1%; с диссеминированным туберкулезом - 9,3% (9 пациентов), из них 88,9% были бактериовыделители.

Ампициллин/оксациллин был назначен в 24,7% случаев; Амоксициллин/клавуланат (аугментин, амоксиклав) был назначен в 18,6% случаев; Цефалоспорины I поколения (цефазолин) – в 12,4% случаев; Цефалоспорины III генерации (цефтриаксон, цефотаксим, цефоперазон) - в 12,4% случаев.

При приеме ампициллин/оксациллина уменьшение кашля было выявлено у 37,5% пациентов, прекращение кашля - 4,2%; уменьшение количества мокроты - 45,8%, прекращение выделения мокроты – 4,2%; уменьшение хрипов в легких - 7,69%, прекращение хрипов в лёгких – 15,4%. При приеме амоксициллин/клавуланат: уменьшение кашля - 72,2%, прекращение кашля составило 22,2%; уменьшение количества мокроты - 77,8%, прекращение выделения мокроты – 22,2%; уменьшение

хрипов - 53,8%, прекращение хрипов в лёгких – 23,0%. При приеме цефазолина уменьшение кашля было выявлено в 41,6% случаев, прекращение кашля - у 16,8% пациентов; уменьшение количества мокроты - 50,0%, прекращение выделения мокроты – 8,3%; уменьшение хрипов - 0,0%, прекращение хрипов в лёгких – 33,3%. При приеме цефалоспоринов III генерации уменьшение кашля либо прекращение кашля было выявлено у 83,3% пациентов; уменьшение количества мокроты выявлено у 70,0% пациентов, прекращение выделения мокроты – 10,0%; уменьшение хрипов - 14,3%, прекращение хрипов в лёгких – 71,4%.

Таким образом, наиболее эффективными антибактериальными препаратами при лечении сопутствующей респираторной инфекций у больных туберкулезом легких были амоксициллин/клавуланат и цефалоспорины III генерации.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

НОВЫЙ СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КАРБУНКУЛА КОЖИ

Лукашевич М.И.

Омская государственная медицинская академия

Руководитель - к.м.н., асс. Бархатов С.И.

Необходимость разработки новых способов хирургического лечения гнойных заболеваний кожи, до сегодняшнего дня не теряет своей актуальности. Она обусловлена не только заболеваемостью, которая в структуре всей гнойной хирургической патологии достигает 30 – 45% (Насер Н.Р. и соавт., 2006; Федорова В.В. и соавт., 2004; Блатун Л.А., 2007), но и частотой развития послеоперационных осложнений, которые развиваются в 20 – 30% случаев (Козарезов М.В. с соавт., 1995; Тимербулатов В.М. с соавт., 2000).

В настоящее время в хирургии отмечается значительный прогресс в лечении раневой инфекции, связанный с внедрением и расширением ареала использования различных высокотехнологичных инструментальных методов санации ран (А.А.Глухов, Б.Л.Гурвич, С.М.Струков., 2007; Османов Э.Г. и соавт., 2006; 2001; Mundy L.M. et al., 2000; Oberholzer A. et al., 2002). Однако рост числа патогенных микроорганизмов устойчивых не только к многим антибиотикам, но и антисептикам заставляет хирургов разрабатывать новые подходы повышения эффективности санации раневой поверхности от микробных тел, девитализированных тканей, а также стимуляции регенераторных процессов, что диктует необходимость продолжения исследований в указанном направлении.

С 2010 г. в БУЗОО ГКБСМП -1 г. Омска разработан и внедрен в клинику новый способ хирургического лечения карбункула кожи. Во время операции производится иссечение некротизированных тканей, промывание раны раствором антисептика, при этом разрез кожи проводят параллельно линиям натяжения кожи, полукруглыми разрезами производят некрэктомию на границе здоровых тканей, производят гемостаз в режиме коагуляции с помощью аргоноплазменного коагулятора Электропульс С-350 РЧ мощностью 120 Вт, с экспозицией 2 – 3 сек на 1 см², устанавливают проточно – промывной дренаж. Рана ушивается “наглухо” швами Макмиллена - Донати.

Пролечено 27 больных с карбункулами кожи. Использование предлагаемого способа лечения позволило в кратчайшие сроки купировать явления местной и системной реакции на воспаление, избежать осложнения в послеоперационном периоде, повторные кожно – пластические операции, добиться хорошего косметического эффекта и значительно сократить сроки пребывания больных в стационаре и как следствие затраты на лечение данной категории больных.

СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ ГАСТРОДУОДЕНОАНАСТОМОЗА С ИССЕЧЕНИЕМ МАЛОГО САЛЬНИКА В ХИРУРГИИ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Нишанов М.Ф.

Андижанский государственный медицинский институт

Руководитель - к.м.н., доц. Абдуллажонов Б.Р.

Во всех случаях мобилизуется 12-перстная кишка по Кохеру и по возможности язвенный инфильтрат. Начиная, от синуса по направлению начального отдела 12-перстной кишки пересекаются ветви правой желудочно-сальниковой артерии непосредственно у стенки желудка и лигируются. Следующий этап - иссечение малого сальника. Для этого производится тракция желудка вниз. Начиная с угла желудка до кардии между зажимами пересекаются и перевязываются сосуды и ветви переднего ствола вагуса, непосредственно у стенки желудка. Не доходя (2-3 см) до пищевода, малый сальник пересекается в поперечном направлении. Производится мобилизация малого сальника по задней стенке от кардии до угла желудка в дистальном направлении. Малая кривизна желудка перитонизируется узловыми шелковыми швами (8-9 швов). Следующим этапом является антрумрезекция. На удаляемую часть антрума накладываются 2 жома Бильрот. Начиная с угла резецируется передняя и задняя стенка желудка на расстоянии от 2 до 4 см, в зависимости от его размера. Дефект на стенке желудка ушивается однорядным шелковым швом. Затем рассекается передняя и задняя серозная оболочка культи желудка над жомом на 1 см в поперечном направлении. Производится прошивание мышечного и подслизистого слоев в поперечном направлении узловыми швами с лигированием сосудов, и гофрированием культи желудка по Габереру. Накладываются серозно-мышечно-подслизистые однорядные швы между задней стенкой культи желудка и начальным отделом 12-перстной кишки (5-6 швов). В просвет 12-перстной кишки вводится дистальная часть дренажной трубки длиной до 12-15 см с боковыми микроотверстиями. Проксимальный конец дренажной трубки фиксируется к желудочному зонду, заранее введенный в желудок. Желудочный зонд извлекается, проксимальный конец дренажной трубки фиксируется к крыльям носа. Следующий этап – формирование ГДА.

Заключение: Изучение ближайших и отдаленных результатов показало что, иссечение малого сальника с антрумрезекцией и ГДА с использованием однорядного шва, существенно снижает различные осложнения во время операции и в послеоперационном периоде, а также летальности, преимущественно отличные и хорошие результаты в отдаленные сроки, как наиболее обоснованный метод хирургического лечения ЯБДПК.

РОЛЬ КОАГУЛЯЦИОННО-ЛИТИЧЕСКИХ МОДИФИКАЦИЙ ТКАНЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

**Кормишкин А.Е., Майданов А.Р., Демина Е.И.
Мордовский государственный университет
Руководитель – д.м.н., проф. Власов А.П.**

Целью работы явилось определение роли нарушений коагуляционно-литической системы тканей поджелудочной железы в прогрессировании острого панкреатита

Методы исследования. В основу работы положены экспериментальные исследования на взрослых беспородных половозрелых собаках (n=21). Первая группа (n=7) – животным моделировали острый панкреатит отечной формы, вторая группа (n=7) – острый панкреатит деструктивной формы с развитием очагового панкреонекроза, третья группа (n=7) – острый панкреатит деструктивной формы с развитием тотального панкреонекроза. В контрольные сроки изучали показатели гуморального компонента системы гемостаза общего кровотока, показатели системы гемостаза тканей поджелудочной железы, оценивали выраженность процессов перекисного окисления липидов, активность фосфолипазы A₂, каталазы, супероксиддисмутазы ткани поджелудочной железы.

Результаты исследования. При остром панкреатите отечной формы в тканях поджелудочной железы преобладающими являются процессы гиперкоагулемической направленности и угнетения фибринолиза, при прогрессировании панкреатита и развитии тотального панкреонекроза отмечается трансформация изменений. В динамике острого панкреатита между изменениями коагуляционно-литической системы тканей поджелудочной железы, активностью перекисного окисления липидов и фосфолипазы имеется корреляционная связь: при панкреонекрозе резкие изменения в системе гемостаза с гипер- до гипокоагулемии сопровождаются существенным уменьшением интенсивности перекисного окисления липидов и фосфолипазной активностью в тканях органа поражения. Изменениями коагуляционно-литической системы тканей поджелудочной железы сопоставимы с динамикой показателей гуморального компонента системы гемостаза.

Заключение. В динамике острого экспериментального панкреатита в тканевых структурах поджелудочной железы отмечаются существенные нарушения коагуляционно-литической системы, которые сопряжены со степенью поражения органа и сопоставимы с изменениями в крови. Показатели гуморального компонента системы гемостаза могут служить в качестве критериев, адекватно отражающих глубину патологического процесса в поджелудочной железе при остром панкреатите.

НОВЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

**Сулов А.В., Трофимов А.В., Кудрявцев П.А.
Мордовский государственный университет
Руководитель – д.м.н., проф. Власов А.П.**

Целью работы явилось выявление патогенетических механизмов и определение выраженности нарушений коагуляционно-литической системы тканей кишечника при различных формах высокой и низкой острой кишечной непроходимости.

Методы исследования. В основу работы положены материалы экспериментальных исследований, проведенных на 24 взрослых собаках. Изучали показатели системы гемостаза в общем и брыжеечном кровотоке, влияние экстрактов брюшины на некоторые показатели системы гемостаза на моделях острой высокой и низкой кишечной непроходимости. Оценивали показатели процессов перекисного окисления липидов, активность фосфолипазы A₂ и антиоксидантных ферментов в тканях тонкой и толстой кишок.

Результаты исследования. При острой высокой кишечной непроходимости были отмечены существенные изменения показателей гемостазиограммы гиперкоагулемической направленности. Под влиянием экстракта ткани тонкой кишки выявленные изменения существенно возрастали. Изучение данных показателей при низкой кишечной непроходимости выявило, что изменения гуморального и тканевого компонентов системы гемостаза были аналогичны, но значительно менее выражены. Изучение состояния процессов перекисного окисления липидов и активности ферментов тканей кишки при острой кишечной непроходимости различной локализации показало, что происходит интенсификация липоперекисления в тканях тонкой и толстой кишки, но в разной степени выраженности. Проведение корреляционного анализа выявило наличие прямой сильной зависимости показателей перекисного окисления липидов, активности ферментов в ткани кишки и показателей системы гемостаза тканей органа (r=0,84–0,98).

Заключение. При острой кишечной непроходимости нарушения в системе гемостаза отмечаются не только на организменном, но местным уровне – в тканевых структурах кишечной стенки. Более значимые тромбгеморрагические нарушения в тканевых структурах кишечника возникают при высокой кишечной непроходимости. Тромбгеморрагические нарушения в тканевых структурах кишечной стенки при острой кишечной непроходимости сопряжены с интенсивностью процессов перекисного окисления липидов, фосфолипазной активностью.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПРИ НАРАСТАЮЩЕЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

**Герасимов А.В., Розен В.В.
Пензенский государственный университет
Руководитель - д.м.н., проф. Никольский В.И.**

Введение. Общеизвестно, что оперативное вмешательство, выполненное при нарастающей механической желтухе, является чрезвычайно рискованным и сопровождается высокой летальностью [1,2]. Поэтому сейчас не вызывает сомнений необходимость ликвидации желчной гипертензии в предоперационном периоде. В этой связи при механической желтухе хирурги все чаще прибегают к выполнению чрескожныхчреспеченочных диагностических и лечебных процедур.

Цель работы: улучшение результатов лечения больных механической желтухой.

Материал и методы. В период с 2010 по 2012 года в Пензенской областной больнице им. Н.Н. Бурденко пролечено 93 пациента с синдромом механической желтухи различного генеза, которым были выполнены чрескожныечреспеченочныеминиинвазивные вмешательства. Мужчин было 38 человек, женщин – 55. Возраст больных варьировал от 31 до 87 лет.

Больные были разделены на 2 группы. В 1-ую группу вошли 40 пациентов, которым выполнили наружное дренирование желчных протоков. Во 2-ую – 53 человека, которым выполнили наружно-внутреннее дренирование билиарного тракта.

Результаты. В 1-ой группе осложнения были отмечены у 5 больных: гемобилия (1), миграция дренажа (2), закупорка дренажного катетера (1). Гемобилию устранили путем замены установленного дренажа на дренаж большего диаметра в сочетании с гемостатической терапией. Миграции дренажа не привели к развитию других осложнений, в связи с чем была выполнена повторная установка дренажа. Восстановление проходимости дренажа добились путем его промывания. Летальности в данной группе не было.

Во 2-ой группе осложнения возникли у 6 пациентов: гемобилия (2), холангит (1), закупорка дренажного катетера (2), желчеистечение в брюшную полость (1). Гемобилию и холангит купировали консервативно. Больным с закупоркой дренажного катетера потребовалась замена наружно-внутреннего дренажа. Желчеистечение в брюшную полость устранили путем дренирования желчного затека под контролем лапароскопии и замены установленного дренажа на дренаж большего диаметра. Летальность в данной группе составила 1,9% (декомпенсированная печеночно-почечная недостаточность).

Заключение. Осложнения после выполнения миниинвазивных вмешательств не составляют особого труда в их устранении.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ СЕРДЦА

Велиева Л.М.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Джорджикия Р.К.**

Первичные опухоли сердца (ПОС) являются относительно редкой патологией в сердечно-сосудистой хирургии.

Цель исследования: изучить результаты хирургического лечения больных первичными опухолями сердца, выявить особенности диагностики и лечения.

Материал и методы: проведен ретроспективный анализ 52 историй болезни кардиохирургического отделения МКДЦ за период с 2006 по 2013 г. с диагнозом ПОС. Возраст больных от 25 до 82 лет (средний возраст 55 лет). У 50 пациентов опухоль оказалась доброкачественной, у 2 пациентов – злокачественной. У 44 (84,7%) из них была миксома левого предсердия, у 6 больных (11,5%) – миксома правого предсердия. Алгоритм обследования включал эхокардиографию (ЭхоКГ), мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ), рентгенографию грудной клетки. Плохой прогноз, невозможность медикаментозной терапии являются основными показаниями к оперативному лечению. Операции выполнялись в условиях искусственного кровообращения с учетом локализации опухоли.

Результаты: хирургическое удаление опухоли произведено 52 больным. После операции у больных исчезала одышка, уменьшались или исчезали приступы пароксизмальной тахикардии, возрастала физическая активность. Госпитальная летальность составила 3,8% (2 случая). Рецидивов доброкачественной опухоли не наблюдалось. Отдаленные результаты у данной группы больных хорошие.

Выводы: в диагностике ПОС ведущее значение имеют ЭхоКГ и МСКТ. Хирургическое лечение доброкачественных опухолей сердца является эффективным методом.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ В СЛУЧАЕ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Бусыгина Е.В., Шакиров Р.Р., Магдиев Б. И

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., доц. Обыдённов С.А.**

Проведена оценка результатов лечения 156 пациентов с декомпенсированными формами хронической венозной недостаточности (ХВН) нижних конечностей. У 11 применена эндовидеохирургическая техника как повторное оперативное вмешательство. У 7 пациентов причиной ХВН явилась варикозная болезнь нижних конечностей, у 4 – острый тромбоз глубоких вен с развитием посттромбофлебитической болезни. Все в сроки от 3 до 5 лет перенесли операцию субфасциальной перевязки перфорантных вен. У пациентов с варикозной болезнью также была выполнена операция Бебкокка. У всех имелись трофические язвы, со средней площадью 1650 мм². Всем проведено ультразвуковое сканирование вен нижних конечностей с маркировкой несостоятельных перфорантных вен. Операция представляла эндоскопическую диссекцию несостоятельных перфорантных вен. Рубцовый процесс в субфасциальном пространстве усложнял обнаружение несостоятельных перфорантных вен и повышал вероятность их повреждения. У 7 пациентов рубцовый процесс был выражен умеренно, поэтому манипуляции не вызывали особых трудностей. У 4 пациентов был выраженный рубцовый процесс, что создавало трудности для доступа в субфасциальное пространство. Для увеличения объема манипуляций из отдельного доступа вводили дополнительный инструмент, что позволяло работать в разных плоскостях. В 1 случае произошел разрыв перфорантной вены с развитием кровотечения, не позволивший продолжить эндовидеохирургическую операцию. У 8 пациентов удалось добиться полной эпителизации язвенных дефектов. У 3 пациентов на момент окончания лечения трофические язвы закрылись более чем на 75%.

Выводы.

1. Комплексное лечение пациентов с декомпенсированными формами ХВН нижних конечностей должно включать повторные оперативные вмешательства при наличии горизонтального рефлюкса по системе перфорантных вен, подтвержденного ультразвуковым дуплексным сканированием.

2. Использование эндовидеохирургической техники может быть затруднено при повторных вмешательствах вследствие развития грубого рубцового процесса. Введение дополнительного инструмента в операционное поле через отдельный доступ позволяет достигнуть желаемого результата.

ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БОЛЬШОГО САЛЬНИКА ДЛЯ ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТОВ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ И КОСТЕЙ СВОДА ЧЕРЕПА

Халитов Р.М., Бусыгина Е.В., Баширов И.Ф.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., доц. Обыдённов С.А.**

Актуальность. Обширные поражения волосистой части головы различного генеза приводят к образованию дефектов мягких тканей больших размеров, зачастую с вовлечением в процесс костной ткани и твердой мозговой оболочки. Проблема – дефицит мягких тканей, а также наличие воспалительного процесса (ВП) в прилегающих областях. Решение – аутотрансплантация большого сальника.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 53 пациентов. У 8 пациентов диагностированы запущенные инфицированные формы плоскоклеточного рака головы. У 20 пациентов – базалиома волосистой части головы со сроками от 6 до 23 лет. И 25 пациентов - с обширными дефектами волосистой части головы, возникшими после термических ожогов.

В ходе операций производился забор большого сальника на правых желудочно-сальниковых сосудах.

Если костный дефект был больше 2-х см, он закрывался моделированной пластиной из протакрила. Далее проводилась свободная пересадка сальника на область дефекта. Сальник укрывался расщепленной кожей. Контроль функционирования сосудистых анастомозов проводился путем ультразвукового дуплексного сканирования.

Результаты. У всех пациентов удалось добиться закрытия мягкотканых и костных дефектов волосистой части головы. В ближайшем послеоперационном периоде у 3 пациентов произошел тромбоз зоны венозного анастомоза, а у одного тромбоз артериального. У 7 пациентов наблюдался локальный лизис пересаженных расщепленных кожных трансплантатов. Все осложнения были выявлены и устранены. Со стороны брюшной полости каких-либо осложнений не было.

Все пациенты исследуемой группы находятся под динамическим наблюдением. Повторного опухолевого роста у онкологических больных не наблюдалось.

Выводы. 1. Основными проблемами, возникающими при необходимости закрытия обширных дефектов волосистой части головы при онкологических заболеваниях или ожоговых травмах, являются отсутствие достаточного местного пластического материала.

2. Применение свободной пересадки большого сальника позволяет одновременно решить проблему дефицита мягких и костных тканей. Однако данная методика требует высокой квалификации хирурга и определенного опыта работы с микрохирургической техникой.

ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ОПЕРАТИВНОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ КОЖНОГО ПОКРОВА У ПАЦИЕНТОВ С ПРОЛЕЖНЯМИ

Подшивалов И.А., Маркосян В.А, Баширов И.Ф
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., доц. Обыдённов С.А.

Пролежни кожи, как правило, являются результатом недостаточно тщательного ухода за тяжелобольными и пациентами с последствиями тяжелой спинальной травмы.

Одним из ключевых этапов в лечении пациентов с пролежнями является оперативное восстановление кожного покрова. Данные пластические операции выполняются по жизненным показаниям, так как ликвидируют рану, являющуюся источником постоянной бактериальной агрессии. В зависимости от локализации пролежня и состояния окружающих тканей планируется операция. Также влиют на выбор операции общее состояние пациента и этиология пролежня.

Нами отслезены результаты лечения 14 пациентов с пролежнями. В этиологии состояний приведших к развитию пролежней можно выделить: переломы позвоночника с повреждением спинного мозга, черепно-мозговые травмы, инфекционные поражения головного и спинного мозга, ожоги, множественные переломы костей, вегетативные состояния различного происхождения.

При локализации пролежня в области крестца применяются кожно-фасциальные и кожно-мышечные лоскуты из окружающих тканей (чаще из ягодичной области). При локализации в области вертела – пластика лоскутом, включающим напрягатель широкой фасции бедра. В седалищных областях – пластика задним лоскутом бедра. Кроме того в вертельной области, в некоторых случаях, можно воспользоваться пластикой паховым лоскутом.

Осложнения (свищи, нагноения, расхождение краев раны, частичный некроз лоскута и др.) встречались в 26 % наблюдений. В профилактике осложнений имеют значение: тщательная подготовка пациента к операции, достаточная санация пролежня и его «карманов», полное иссечение слизистой сумки пролежня, адекватное планирование и формирование перемещаемого лоскута, длительное послеоперационное дренирование, соблюдение режима и правил ухода после операции. Ряд больных (~20 %) через некоторое время возвращаются с рецидивами пролежней, что обусловлено не только с погрешностями ухода, но и с прогрессированием трофических нарушений в тканях. Это является особенностью пациентов с тяжелой спинальной травмой.

Учитывая сложность и многоэтапность лечения пациентов с пролежнями можно сделать вывод о целесообразности сосредоточения усилий на профилактике данного осложнения.

ТАКТИКА ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОБШИРНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ КИСТИ

Бусыгина Е.В., Ардашев С.А., Жаруллов Д.А.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., доц. Обыдённов С.А.

К тяжелым повреждениям кисти относят травмы с разрывом мягких тканей, вскрытием суставов, переломами костей, отрывами пальцев.

Нами проведено исследование зависимости частоты возникновения инфекционных осложнений в зависимости от времени транспортировки больных в специализированное отделение хирургии кисти. Были изучены истории болезни 126 пострадавших за 5 лет. Выделили 4 группы пациентов: 1 группа - пациенты, поступившие в течение 1 часа после травмы - (57 %); 2 группа – до 3 часов – (20 %); 3 группа – до 6 часов, (12 %); 4 группа – до 12 часов после травмы –(11 %). Количество инфекционных осложнений с процентным соотношением по группам выглядело так: группа 1 – 6 нагноений (18%), группа 2 – 6 (54%), группа 3 – 2 (33%).

В этой связи предоперационная подготовка, выбор оптимального метода обезболивания, разработка рационального плана лечения и определение объема оперативного вмешательства проводились в зависимости от общего состояния больного, характера и давности повреждения. При длительных оперативных вмешательствах предпочитали общее обезболивание или высокую проводниковую анестезию.

План восстановления целостности анатомических образований: устранение вывихов; фиксация отломков кости; первичный шов сухожилий; реваскуляризация; первичная кожная пластика. При невозможности выполнить одномоментное закрытие ран исповедовали приверженность к серийным повторным хирургическим обработкам ран с окончательным закрытием мягкотканых дефектов на 5-7 сутки. ПХО проводили под жгутом. При закрытии ладонно-торцевых дефектов выбирали реиннервируемый локтевой лоскут в случаях безвозвратной утраты пальцев по локтевому краю кисти и предпочитали лучевой лоскут предплечья для реконструкции скальпированного I пальца на доминирующей конечности. На доминирующей руке пересаживали

нейроваскулярные латеральный лоскут плеча и дельтовидный лоскут. В одном наблюдении при тотальном скальпировании кисти проводили микрохирургическую аутотрансплантацию большого сальника с закрытием расщепленными кожными трансплантатами. В большинстве наблюдений достигнуты хорошие функциональные и эстетические результаты.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ВЫДЕЛЕНИЯ АУТОВЕНЫ ДЛЯ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Варламов А.Г., Бикчантаев А.А.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., проф. Джорджикия Р.К.

Цель: оценить влияние различных методов выделения большой подкожной вены (традиционного, эндоскопического и метода «кожных мостиков») на качество получаемого шунта, процесс раневого заживления в области выделения вены и выраженность послеоперационной боли.

Методы: проспективно исследованы 90 пациентов, которым выполнялось маммаро- и аортокоронарное шунтирование 2-3 артерий. В первой группе вена выделялась традиционно, во второй – эндоскопически, в третьей – методом «кожных мостиков». Качество шунта оценивалось макро- и микроскопически. Результаты раневого заживления контролировались во время физикального, ультразвукового, термографического исследований на 8 день после операции. Интенсивность боли оценивалась по визуально-аналоговой шкале.

Результаты:

Макро- и микроскопическое качество шунтов было сопоставимо во всех трех группах.

Наименьшая температурная разница между здоровой и оперированной конечностями наблюдалась после эндоскопического выделения вены, наибольшая – после традиционного. Частота бессимтомных гематом составила 61,5% – для первой, 34% – для второй и 40% – для третьей групп. Наименьшие размеры гематом, наблюдались после эндоскопического выделения вены.

В группе традиционного выделения вены развились такие осложнения, как расхождение краев раны, лимфоррея, серозное и геморрагическое отделяемое, раневая инфекция. В 2 случаях сформировались обширные гематомы, которые сопровождалась выраженным болевым синдромом, отеком и привели к необходимости хирургической ревизии раны. Во второй и третьей группах раневых осложнений не наблюдалось.

Интенсивность послеоперационной боли после эндоскопического выделения вены оказалась в 3,2 раза меньше, чем после традиционного метода, и в 1,8 раза меньше, чем после техники «кожных мостиков». Это привело к более ранней и полноценной активизации пациентов.

Выводы. Эндоскопическое выделение БПВ является наименее травматичным способом получения аутовены. Оно приводит к уменьшению локального воспаления, ускорению процесса раневого заживления и снижению интенсивности послеоперационной боли. Малоинвазивное выделение вены (эндоскопическим и методом «кожных мостиков») обеспечивает наиболее благоприятные клинические результаты, позволяя избежать осложнений, присущих традиционному способу.

К ВОПРОСУ ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ДЕТРАЛЕКСА ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Умаров Н.А.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.м.н., доц. Харитонов Г.И., Варламов А.Г.

Высказывания о целесообразности применения препаратов диосмина после АКШ противоречивы. Сторонники его назначения считают, что детралекс или его аналоги следует использовать профилактически. С другой стороны, полипрагмазия после тяжелого хирургического вмешательства может ухудшить состояние больного и существенно увеличить стоимость лечения.

Цель: на ранних сроках после АКШ проанализировать причины и частоту развития лимфо-венозной недостаточности, оценить эффективность профилактического назначения диосмина.

Методы. Проанализированы данные 50 пациентов, оперированных в «кардиохирургическом отделении-1» МКДЦ (Казань). Выделение венозных трансплантатов осуществлялось «открытым» (50%), либо – эндоскопическим способом (50%). Оценивалась выраженность и динамика отеков оперированной конечности. При подозрении на окклюзию глубоких вен применялось цветное дуплексное сканирование.

Результаты. Отеки стоп выявлены у 64% больных: в 43% случаев – незначительные, в 21% случаев – умеренные. Пастозность и отечность голени обнаружена у 3 пациентов (6%), перенесших забор трансплантатов «открытым» способом. Ни в одном из случаев тромбоз глубоких вен не был выявлен; отечность объяснялась лимфостазом.

Как правило, отечность наблюдалась после забора БПВ с большим количеством притоков, при наличии протяженного разреза и обширной гематомы, а также у пациентов с предоперационным варикозным расширением вен. У больных, находившихся под нашим наблюдением, отеки нередко возникали вследствие неправильного наложения эластических бинтов, создающего эффект «венозного жгута». После обучения пациентов правильному бинтованию отеки проходили.

Профилактическое назначение детралекса в группе с «открытым» забором вены способствовало более эффективному снижению отечности стоп и голени на 0,5-1 см по сравнению с контрольной группой. Однако у 4 пациентов произошло обострение хронического гастродуоденита, что потребовало отмены препарата.

Выводы. Развитие лимфо-венозной недостаточности ног после АКШ зависит от анатомических особенностей венозной системы, травматичности вмешательства и наличия осложнений. Использование детралекса после операции АКШ оправдано, однако препарат следует назначать лишь по строгим показаниям.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ ВЕНОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Мугинов Р.Н., Шакиров Р.Р., Магдиев Б.А.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н, доц. Обыденнов С.А., асс. Гайнутдинов З.И.

Цель: улучшить результаты комплексного лечения больных с хронической венозной недостаточностью III степени, путем коррекции гемореологических нарушений за счет снижения агрегации эритроцитов и тромбоцитов, уменьшения вязкости крови, повышения антиоксидантной активности крови.

Методы исследования: нами был использован озонированный физиологический раствор, который переливали больным внутривенно в количестве 400 мл.каждый день. Концентрация озона в растворе составляла 2,8 мг/л. Кроме того, озонированный физиологический раствор использовался для местной обработки язв путем промывания.

Трофические язвы венозной природы составляют более 70% от всех трофических язв нижних конечностей и являются наиболее частым осложнением хронической венозной недостаточности (ХВН), поражая при этом до 2% трудоспособного населения индустриально развитых стран. У лиц пожилого возраста эта цифра достигает 4 – 5%. В России не менее 5 миллионов человек страдают трофическими язвами венозной этиологии.

Для приготовления этого раствора использовался синтезатор озона серии "Озон М" . Озонирование раствора производилось при концентрации озона на выходе из аппарата 30мг/л., в течении 20 мин. (флакон емкостью 400 мл.)

Исследования выполнены у 62 больных с ХВН III ст. Причиной ХВН явились варикозная и посттромбофлебитическая болезни нижних конечностей . Контрольная группа больных в составе 30 человек получала стандартное лечение: дезагреганты , ангиопротекторы, стимуляторы обмена и антибактериальные препараты. В состав комплексной терапии больных основной группы (32 человека) были дополнительно включены озонированные кристаллоиды.

Полученные результаты: средняя площадь язв, давность существования язвенного дефекта у больных обеих групп были сопоставлены. Под влиянием лечения, скорость уменьшения площади трофических язв была выше у больных основной группы, где использовался озонированный физ. раствор. При его использовании, к 21 суткам трофические язвы полностью эпителизировались у 33,3% больных основной группы, в то время как при традиционной терапии - лишь у 17,6% больных.

МЕТОДИКА РЕПЛАНТАЦИИ ПАЛЬЦЕВ

Егоров Э.О., Подшивалов И.А., Маркосян В.А.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., доц. Фраучи И.В., к.м.н., доц. Баширов Ф.В.

Цель: показанием к реплантации пальцев служит травма нескольких пальцев и ампутация одного большого пальца. Показанием для реплантации одного полностью ампутированного пальца, включая и указательный, у взрослых должны решаться индивидуально. Если при травме сосуды оторваны слишком дистально, то реплантация пальца не показана. Наибольший срок с момента травмы, позволяющий сделать операцию, составляет 8 ч.

Для оценки повреждения сосудов и нервов ампутированного пальца и культи мы использовали операционный микроскоп. При множественной ампутации наиболее важный палец реплантируется в первую очередь.

Этапы реплантации пальца складываются из остеосинтеза, восстановления сухожилия разгибателя и тыльных вен в удвоенном количестве по отношению к артериям, сшивания кожи на тыльной поверхности и нервов на ладонной поверхности. Затем восстанавливаются артерии пальцев, сухожилия глубокого сгибателя и кожа на ладонной поверхности. Если на ладонной поверхности пальца сохранились кожные мостики, то этапы операции следует проводить в обратном порядке. При ампутации большого пальца его артерия с локтевой стороны труднодоступна на уровне пястно-фалангового сустава, поэтому к ней удобнее подойти с тыльной поверхности. В послеоперационном периоде требуется постоянное наблюдение за окраской и температурой реплантированного пальца. Конечности придаем возвышенное положение на срок не менее 10 дней. С первого дня назначаем антибиотики. Запрещаем курение. Через 24 ч после операции назначаем гепарин по 25000—30000 ЕД/сут. Антикоагулянты применяем до 12 дней.

Иммобилизацию прекращаем через 4 нед и начинаем разработку пальца. Полученные результаты: в отделении микрохирургии РКБ МЗ РТ начиная с 1985 года прооперировано 1200 пациентов, им было реплантировано 3480 пальцев кисти. Приживление полностью ампутированных пальцев наступило у 63% больных, а при неполных ампутациях - у 80%. Возраст пострадавших был от 13 мес до 70 лет, уровень ампутации пястно-фаланговый и дистальный межфаланговый. Хороший функциональный результат получен в 57% случаев реплантированных пальцев. Удовлетворительный в 23%, неудовлетворительный, т. е. неспособность пациента «пользоваться» данным пальцем получен в 20% случаев.

МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИЯ ТКАНЕЙ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

Халиков М.М., Жаруллов Д.А., Бусыгина Е.В.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., доц. Обидённых С.А., к.м.н., доц. Баширов Ф.В.

Методы исследования: мы оперировали 67 пациентов со 75 дефектами, которым первично пересажено 77. Двум больным пересадки выполняли повторно в связи с некрозом первого пересаженного лоскута. Возраст пациентов от 12 до 63 лет. Из 75 дефектов 33 располагались на кисти, остальные — на плече и предплечье (28), нижней конечности (12) и шее (1). Дефекты, подвергшиеся пластическому закрытию, имели размер от 2 см2 до 250 см2. Для укрытия простых кожных дефектов использовали в зависимости от размера, глубины раны и функциональных особенностей подлежащих структур как кожно-жировые лоскуты (мелкие трансплантаты с пальцев и межпальцевых промежутков кисти и стопы), кожно-фасциальные лоскуты (паховый, лопаточный, тыльный стопы, дельтовидный и др.), так и кожно-мышечные (на основе широчайшей мышцы спины, большой грудной мышцы). Одномоментную пластику покровов и мышц, костей, сухожилий выполняли сложными трансплантатами, содержащими гомологичные ткани. Для восстановления утраченных пальцев и суставов кисти пересаживали васкуляризованные и иннервированные сегменты пальцев стопы. В первые 24 ч после травмы пластика выполнена в 28 наблюдениях, позже 5—7 сут — в 47.

Полученные результаты: из 77 трансплантатов прижился 71 (96,6%). В группе экстренных операций доля успешных трансплантаций составила 94,7%, среди отсроченных пересадок — 98%. В 6 наблюдениях потеря трансплантатов явилась следствием тромбоза микрососудистых анастомозов в ближайшем послеоперационном периоде. Отдаленные результаты в сроки от 6 мес до 5 лет после операции прослежены у всех пациентов с прижившими аутооттрансплантатами.

Заключение: методы микрохирургической пластики различных тканей и функциональных элементов при оказании неотложной хирургической помощи более надежны и функционально эффективнее всех известных методов пластической реконструкции. Высокий процент положительных результатов и выраженная способность васкуляризованных лоскутов противостоять инфекции при пересадке аутооттрансплантатов на инфицированный дефект мотивируют расширение показаний к неотложной первичной реконструкции методами микрохирургической аутооттрансплантации и поиск для нее новых областей применения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ СЕРДЦА

Галембикова А.Р., Галембикова А.Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., доц. Харитонов Г.И.

Опухоли сердца, как доброкачественные, так и злокачественные, смертельно опасны. Их хирургическое лечение и адьювантная терапия трудны. В связи с этим важен анализ заболеваемости первичными опухолями сердца, возможностей их предоперационной дифференциальной диагностики, результатов хирургического лечения, современных представлений о послеоперационном лечении.

Нами проанализированы истории болезни пациентов, находившихся на излечении во 2-м кардиохирургическом отделении МКДЦ в 2008-2012 годах.

По поводу первичных опухолей сердца выполнена 31 операция (0,9% от общего числа вмешательств). Доброкачественные опухоли – миксомы – имели 27 человек (в 19 случаях в левом предсердии, в 8 случаях – правом). Различные виды сарком были у 4 человек: у одной больной опухоль исходила из устья легочной вены, у другой – из нижней полой вены, один пациент имел опухоль правого желудочка, и ещё в одном случае опухоль сердца располагалась в полости перикарда. Опухоли правого сердца проявлялись синдромом венозной гипертензии, миксомы левого предсердия – клиникой митрального стеноза, опухоль правого желудочка – аритмией. Опухоль средостения была выявлена случайно.

Дифференциальная диагностика опухолей сердца может быть основана на локализации места прикрепления «ножки» опухоли. Миксомы исходят из области овальной ямки, что не характерно для сарком.

За исключением опухоли правого желудочка, неоплазмы были удалены. Адьювантная терапия сарком не проводилась вследствие опасений сердечной недостаточности. Однако хирургическое лечение не радикально: в прослеженном нами случае рецидив лейомиосаркомы произошел через 5 месяцев.

Данные иностранной литературы также свидетельствуют о быстрорецидивировании сарком сердца. Некоторые онкологи проводят послеоперационную лучевую терапию. Для химиотерапии предлагается липомомальный доксорубицин. В США имеется опыт трансплантации сердца у больных с саркомами.

Вывод: все больные первичными опухолями сердца должны быть прооперированы, однако удаление сарком продлевает жизнь лишь на короткое время. Надежды на улучшение результатов связаны с развитием методов адьювантной терапии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Саматошенков И.В.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Миролюбов Б.М.

Цель: Выявление зависимости результатов хирургического лечения критической ишемии нижних конечностей в зависимости от продолжительности хронической артериальной недостаточности и непосредственно критической ишемии конечности.

Методы исследования: Изучено 40 историй болезней больных с критической ишемией нижних конечностей, находившихся в отделении сердечно-сосудистой хирургии №1 РКБ, которым выполнены различные варианты бедренно-подколенного шунтирования по поводу III стадии хронической артериальной недостаточности нижних конечностей в период с 2009-2012 г.

Полученные результаты. Из 40 больных срок заболевания хронической ишемией более 5 лет выявлен у 22 (55%) больных, от 2 до 5 лет — у 16 (40%), менее 2 лет — у 2 (5%) больных. Срок «критической ишемии», т.е. III стадии хронической ишемии конечности по F. Fontan и А.В. Покровскому у 2 больных (5%) был более 30 дней, у 28 (70%) больных — от 15 до 30 дней, у 8 (20%) - от 5 до 15 дней и лишь у 2 (5%) больных менее 5 дней.

Увеличение ЛПИ после реконструктивной операции более, чем на 0,5 выявлено у 11 (27%), от 0,5 до 0,1 — у 25 (63%), и менее 0,1 - у 4 (10%) больных.

Заключение. Выявлена обратно пропорциональная зависимость результатов реконструкции бедренно-подколенного сегмента от сроков хронической артериальной недостаточности, однако какой-либо зависимости результатов оперативного лечения от сроков критической ишемии не выявлено.

ДИССЕКТОР ДЛЯ РАССЕЧЕНИЯ СПАЕК ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Измайлов А.А., Измайлова М.А.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., асс. Измайлов А.Г.

В последнее десятилетие отмечается рост количества больных с острой спаечной кишечной непроходимостью (ОСКН), которая составляет 4,5% всех хирургических заболеваний органов брюшной полости и является грозным проявлением спаечной болезни брюшины (СББ), занимая ведущее место среди других видов непроходимости кишечника.

Для выделения и пересечения спаек разработан и предложен диссектор, который был применен во время операции у 40 больных оперированных по поводу данной патологии. Диссектор состоит из ножевой балки, рабочая режущая часть которой выполнена в различных вариантах. На торце балки неподвижно укреплен нож с прямолинейной режущей кромкой. Балка выполняет роль толкателя саночного типа, подвижно закрепленная на станине с наличием на свободном конце выемки – прижима, обращенной своим просветом в сторону балки. На внутренней стенке прижима неподвижно установлен нож с прямолинейной режущей кромкой, обращенной параллельно к ножу, расположенному на балке. Последняя приводится в поступательно – возвратное скольжение по станине с помощью сжатия пальцами рукояток устройства. Диссектор работает следующим образом. Устройство захватывали кистью за ручки, надежно удерживая его без их сжатия. При лапаротомии, рабочий конец подводили под спайку так, чтобы ее нижний край располагался в прижиме и затем плавно нажимая на ручки подвигали ножевую балку по станине до упора, полного прохождения ножа по боковой поверхности неподвижно установленного ножа. На этом этапе происходило умеренное поступательное смещение рабочего конца диссектора вверх, способствуя более глубокому погружению ткани

в прижим и получения разреза с ровными краями. Преимущество диссектора: 1. Диссектор рессекая спайку частично ее удаляет, что в определенной степени способствует профилактике развитию спаечного процесса. 2. У диссектора в области ножевой балки имеется устройство, которое защищает кишечник от повреждения во время рассечения спайки.

УСТРОЙСТВО ДЛЯ ОБРАБОТКИ РАНЕВОЙ ПОВЕРХНОСТИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Измайлов А.А., Измайлова М.А.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., асс. Измайлов А.Г.

Частота гнойно – воспалительных раневых осложнений при острой спаечной кишечной непроходимости по данным литературы составляет от 10,5% до 21,1%.

Цель исследования – улучшения результаты хирургического лечения больных острой спаечной кишечной непроходимостью за счет снижения частоты гнойно – воспалительных раневых осложнений.

Проведен анализ частоты и структуры возникновения гнойно – воспалительных раневых осложнений у 42 больных оперированных по поводу острой спаечной кишечной непроходимости в хирургическом отделении Госпиталя для ветеранов войн г. Казани с 2008 по 2012 г. Исходя из поставленной цели для обработки раневой поверхности перед ушиванием лапаротомной раны во время операции, разработано устройство (патент РФ №2187972), которое содержит в себе хвостовик и головину с абразивным покрытием, отличающееся тем, что абразивное покрытие выполнено из лекарственного средства ксимедона, а хвостовик выполнен для закрепления в патроне хирургической электродрели. Устройство работает следующим образом. В зависимости от площади и рельефа обрабатываемой раневой поверхности выбирают нужные размеры и формы головки. Далее хвостовик зажимают в патрон хирургической дрели и устройству придают вращательное движение. Рану обрабатывают поверхностью устройства, на которой нанесен абразивный материал. Скорость вращения данного устройства составила 1459 оборотов в минуту. В качестве абразивного материала использовался 10% водный раствор ксимедона. Обработку раневой поверхности прекращали при появлении слабого кровотечения из тканей лапаротомной раны.

Заключение. Частота инфекционных раневых гнойно – воспалительных осложнений снизилось до 11,9%, а именно у 5 больных наблюдались раневые осложнения (у 3 больных инфильтраты, 2 серомы), которые не требовали оперативного вмешательства.

ДЕЛИРИЙ ПРИ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЯХ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ПАЦИЕТОВ РЕАНИМАЦИОННОГО ПРОФИЛЯ

Гайсина И.Н., Набиуллина А.Л.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., доц. Баялиева А. Ж.

Делирий развивается у 60-80% реанимационных больных. В подавляющем большинстве случаев невозможно выделить какой-либо один ведущий фактор в качестве причины развития делирия. Этиология делирия многофакторна, поэтому принято выделять факторы риска, среди которых существенное место отводится психотропным препаратам. В отделениях реанимации и интенсивной терапии приходится часто прибегать к седации для обеспечения психологического и физического комфорта пациента, облегчения ухода и синхронизации с аппаратом ИВЛ.

Цель исследования: сравнительная оценка частоты развития делирия у пациентов отделения нейрореанимации, получавших седативную терапию, в зависимости от выбранного лекарственного препарата.

Материалы и методы: исследование включило 14 пациентов, находившихся в АИР № 3 ГАУЗ «МКДЦ» в 2012 году, с нетравматическим субарахноидальным кровоизлиянием на продленной ИВЛ. Средний возраст больных $54 \pm 17,4$ года. Из них 8 женщин и 6 мужчин. Среднее время продолжительности ИВЛ составило $2 \pm 1,4$ дня. В зависимости от применяемого седативного препарата пациенты были разделены на 2 группы. Первую группу составили 7 пациентов (50%), которым вводили мидозалам (нагрузочная доза $0,15 \pm 0,05$ мг/кг, с последующей поддерживающей додерживающей дозой $0,1 \pm 0,03$ мг/кг в час), вторую группу – 5 пациентов (50%), которым применялся пропофол в дозе $2 \pm 0,7$ мг/кг в час. На первом этапе дважды с интервалом в 4 часа проводилась оценка степени психомоторного возбуждения и уровня седации по шкале RASS (Ричмондская шкала оценки агитации и седации). При результатах от -1 до -3 и от +1 до +4 проводилась дальнейшая оценка по выявлению делирия у пациентов, находящихся на ИВЛ с помощью алгоритма диагностики делирия, носящий название CAM-ICU (the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit).

Результаты: среди пациентов 1 группы делирий диагностирован в 3 случаях (42,8%), а во 2 группе в 1 случае (14,3%). В 2 случаях у пациентов первой группы и в 1 случае у пациентов второй группы при повторном выявлении делирия через 24 часа делирий диагностирован не был. 1 пациент первой группы потребовал медикаментозного лечения делирия.

Выводы: проведенное исследование показало, что использование мидозалама (дормикум) увеличивает риск развития делирия в Зраза. Пропофол (диприван) также является фактором риска развития делирия, хотя и в меньшей степени.

ЭКОЛОГИЯ ЧЕЛОВЕКА И ГИГИЕНА ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ

СОСТОЯНИЕ ВОЗДУШНОГО БАСЕЙНА ГОРОДА КАЗАНИ (ПОДГОТОВКА К УНИВЕРСИАДЕ)

Лопатиева А.О.

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

На территории Казани имеется множество стационарных и подвижных источников загрязнения воздуха. С целью сокращения валовых выбросов загрязняющих веществ реализуются все формы мероприятий. Общее количество выбросов в Казани за 2005-2012 годы сократилось на 19-20%, но на фоне роста численности транспортных средств доля выброса от транспорта сохраняется на постоянном уровне. На территории города более 30 тысяч жителей проживают в условиях воздействия загрязняющих веществ атмосферного воздуха. Приоритетными загрязняющими веществами, как и во всех крупных городах, остаются диоксид серы, оксид и диоксид азота, углеводороды, формальдегид и оксид углерода.

Концентрация отдельных загрязняющих веществ в зоне транспортных магистралей порой превышает гигиенические нормативы в 1,5-2 раза, что является сильнейшим фактором риска для здоровья человека.

Большой интерес представляет выявление причинно-следственных зависимостей показателей общественного здоровья от степени загрязнения воздушного бассейна.

Наиболее чувствительной к действию загрязняющих веществ считается кровь и кроветворная система. Болезни крови и кроветворных органов в 2003 году составили 5,5, в 2009 – 7,6, в 2010 – 7,9, в 2011 году – 8,7 случаев на 1000 постоянного населения, что свидетельствует о том, что в зону дыхания человека, несмотря на снижение суммарной величины выбросов, поступают опасные загрязняющие вещества.

Доказательством наличия фактора риска можно считать и частоту болезней органов дыхания: в 2004 году составили 357,4, в 2009 – 477,8, в 2010 – 444,0, в 2011 году – 454,5 случаев на 1000 постоянного населения.

Эти данные приведены в целом по городу, в то время как объекты Универсиады расположены вдали от источников загрязнения воздушного бассейна, что позволит сократить количество факторов риска, влияющих на состояние здоровья участников Универсиады.

ОПТИМИЗАЦИЯ СГМ

Сафандеев В.В.

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

С 1994 года в РФ разработано и внедрено положение о санитарно-гигиеническом мониторинге (СГМ). Согласно этому положению, осуществляется оценка отрицательно действующих факторов на здоровье, и анализируются формы ответной реакции организма на действие комплекса факторов. Аналогичная система СГМ существует в развитых европейских странах и странах-членах ВТО.

На основе богатейшего опыта санитарно-эпидемиологической службы достигнуты значительные успехи по оценке факторов риска здоровью, обусловленных качественным компонентом экологической системы, состоянием окружающей среды и даже социально-экономическим положением. Однако, на выполнение этой работы затрачиваются значительные финансы, штаты, оборудование и прочее. В развитых Европейских странах оценка факторов воздействия осуществляется выборочно, по регионам, что сокращает объём работы. Существенно отличается система оценки ответной реакции организма на действие факторов риска в России и развитых странах Европы.

В РФ критерии общественного здоровья (заболеваемость и медико-демографические показатели) анализируются сплошным массивом, тогда как в Европе и странах ВТО оценка отклика организма осуществляется по критериям индивидуального здоровья, с целью обнаружения наиболее ранних изменений в организме, и осуществления профилактических мероприятий в виде устранения факторов риска, коррекции здоровья населения и т.д. В связи с этим, система СГМ в РФ позволяет получить основы для разработки профилактических мероприятий и коррекции здоровья. Что требует скорейшего решения проблемы.

ИНДЕКС БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА НИЖНЕКАМСК

Мударисова Р.Р.

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

Руководители нашей страны неоднократно указывали о необходимости интегральных индексов, характеризующих уровень развития общества по величине которых предусматривается определить паспорт региона, дать оценку деятельности администрации региона, выявить закономерность развития общества и поэтапные меры их реализации. Решая эту проблему, Казанский Государственный Медицинский Университет разработал метод рекомендации по определению комплексного интегрального показателя индекса благополучия населения, которая является параметром четырех групп слагаемых: социально – экономическое положение населения, институциональные особенности, состояние компонентов экологической системы, критерии общественного здоровья.

Нижнекамск – город с развитой нефтеперерабатывающей промышленностью. Треть бюджета формируется за счет г.Нижнекамск. На территории города расположены крупнейшие промышленные предприятия, и доля валовых выбросов загрязняющих веществ от стационарных источников преобладают над подвижными источниками, следовательно, имеются большие резервы по управлению выбросами загрязняющих веществ. Что и делается в г. Нижнекамск. Благодаря своевременно принятым мерам по охране воздушного бассейна, доля выбросов загрязняющих веществ из года в год снижается на фоне наращивания производственных мощностей, что обусловлено применением экологически и экономически выгодных технологий. На этом фоне формируется ответная реакция организма на воздействие факторов риска, что оценивали по частоте заболеваемости населения. Частота общей заболеваемости имеет тенденцию снижения (2003г.-933,8; 2010г.-965,6; 2011г.-888,5 случаев на 1000 населения). Стабилизировалась частота болезни крови и кроветворных органов: 2003г-4,4, 2010г-3,5, 2011г-3,3 случаев на 1000 населения.

В то же время следует отметить стабильно высокие уровни частоты болезни органов дыхания населения (2003г-361,1, 2010г-399,9, 2011г-391,8 случаев на 1000 населения), что является свидетельством наличия факторов риска, обусловленных загрязнением воздушного бассейна.

Однако, высокие уровни социально – экономического положения, институциональных особенностей, стабилизация показателей здоровья и качество компонентов экологической системы позволяют определить индекс благополучия населения.

К ОБОСНОВНИЮ ТЕХНИЧЕСКОГО РЕГЛАМЕНТА ПО ЭКСПЛУАТАЦИИ ГОРОДСКИХ ФОНТАНОВ

Назарова И.Ю.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – д.м.н., проф. Иванов А.В.

В соответствии с законом по техническому регулированию в Российской Федерации предусматривает разработку и перевод контролируемых организаций на работу в соответствии с требованиями технических регламентов. Эти требования продиктованы необходимостью гармонизации Российских нормативов с Европейскими и странами членов ВТО.

В связи с этим и с позиции подготовки города к Всемирным Летним Студенческим играм и в рамках плана ФБУЗ « Центр гигиены и эпидемиологии по РТ» изучены особенности эксплуатации городских фонтанов и разработаны безопасные условия их эксплуатации. При этом учтены особенности организации летней Олимпиады 1980 года в г.Москве, а так же опыт зарубежных стран.

Задачи исследования:

1) Изучить особенности эксплуатации городских фонтанов в городе Казани;

2) Разработать проект технического регламента по эксплуатации городских фонтанов

В городе Казани с целью оптимизации микроклимата, визуального оформления городских пейзажей, улучшения качества жизни и условий пребывания населения города и гостей, функционирует более 35 фонтанов.

Основной принцип ориентирован на высоту струи. Однако ориентация на данный принцип не удовлетворяет гигиеническим требованиям.

Этот же недостаток был отмечен входе подготовки в Олимпиаде 1980 года.

В связи с этим были отрегулированы условия эксплуатации городских фонтанов.

Чем выше высота фонтанирующей струи, тем больше дальность распространения вредных факторов, в виде химических и бактериальных загрязняющих веществ.

Известно по опыту проектирования институтов Австрии, Германии дальность распространения загрязняющих веществ составляет от 10-40 высот струи фонтана. В связи с этим трудно создать оптимальные условия отдыха населения в местах расположения фонтанов, что диктует необходимость расположения мест отдыха людей в районах фонтана на больших расстояниях.

По опыту развитых стран Европы (Австрия, Германия) и Олимпиады 1980 года в Москве ценность фонтанов определяется не высотой, а множеством фонтанирующих струй.

Этим достигается улучшение микроклимата, аэрация кислородом воды, и создание благоприятного эффекта. С этих позиций фонтан на озере Кабан, не удовлетворяет гигиеническим требованиям, поскольку не исключает подсос и распыление воды озера Кабан и увеличение ионизации загрязняющих веществ.

Предложенный вариант технического регламента по эксплуатации городских фонтанов находится на согласовании с Управлением Роспотребнадзора.

ИНДЕКС БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ МАМАДЫШСКОГО ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Махмутова А.И.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – д.м.н., проф. Иванов А.В.

Мамадышский район образован в 1930г. на территории предкамского региона РТ. На территории района проживает 44907 человек. Плотность населения района составляет 57,9 человек на 1 км², что больше чем в целом по РТ (54 человек на 1 км²). Численность населения в динамике по годам характеризуется снижением, особенно детей от 0 до 7 лет (2007г. – 10637, 2011г. – 9525).

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, овощесушильный завод, лес-промхозы, 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 (2007г. – 9,8 на 1000 населения, 2011г. – 12,9 на 1000 населения), но это явление продолжается на фоне высокой величины коэффициента общей смертности (2007г. – 17 на 1000 населения, 2011г. – 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 (2006г. – 164,1 на 1000 населения, 2011г. – 264,7 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.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЗАГРЯЗНЕНИЯ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА ГОРОДА КАЗАНИ ВЫБРОСАМИ АВТОТРАНСПОРТА

Ахметзянова И.Ф.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – к.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.

Общие валовые выбросы от автомобильного транспорта в г. Казани в 2011 году составили 69,3 тыс. тонн или 69,4% от общего количества выбросов. Среди выбросов автотранспорта 78,4% приходится на автотранспорт физических лиц. По сравнению с 2007 годом количество автотранспортных средств, находящихся в собственности физических лиц, увеличилось на 29,0% и составило 272722 единицы. 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 2011 году составила 0,48%, а вблизи автомагистралей в зоне жилой застройки – 9,86%. В отработавших газах автотранспорта содержится комплекс загрязняющих веществ, среди которых важнейшее место занимают летучие органические соединения, в том числе канцерогенные. В г. Казани в 2011 году отмечалось превышение среднегодовых концентраций по бенз(а)пирену в 1,9 раза, диоксиду азота – в 2,0 раза, формальдегиду – в 2,3 раза.

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.

ИСТОРИЯ КАЗАНСКОГО ВОДОПРОВОДА

Ильдарханова Г.Г.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – д.м.н., проф. Иванов А.В.

Начиная XIX века прогрессирующих ученых Казани (Лобачевский, Бутлеров, Котельников, Блосфельд, Петров) мечтали об обеспечении строительства централизованной водопровода. За эти годы были разработаны более 1000 проектов, но все они были ориентированы на использование воды озер Кабан, к счастью эти проекты не были реализованы. В 1870 году инженер - строитель Губонин предложил использовать в качестве источника водоснабжения Окинские родники, их были более 70 источников. Воду собирали в резервуар оттуда самотеком в город. Первые резервуары чистой воды сохранились до настоящие время. Губонин построил водопровод на концессионных основах 400000 ведер в сутки и эксплуатации пущена 1874 году. В первые годы эксплуатации, из осторожности граждан новым источникам водопровода, вода была в избытке. Как только все узнали о чистой воде, 1876-1877 годах возникла снова проблема дефицита воды. Водопровод в Казани был построен раньше чем в Самаре, Саратове, Оренбурге. В 2014 году Казанскому водопроводу исполняется 140 лет. Задача обеспечить подачу воды населе-

нию должно полностью соответствовать требованиям СанПиН 2.1. 4.1074-01 «Питьевая вода. Гигиенические требования к качеству воды централизованных систем питьевого водоснабжения. Контроль качества». Чтобы сохранить здоровье горожан для этого вопросы обсуждаются заседаниях Государственного совета президента.

ВОДОСНАБЖЕНЕ НАСЕЛЕНИЯ ПОСЕЛКА «ДЕРБЫШКИ»

Тасаева А.В.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – д.м.н., проф. Иванов А.В.

Вода играет важную роль в поддержании постоянства гомеостаза, регулируя обменные процессы, мобилизуя защитно-адаптационные свойства. В связи с этим постоянством и оптимизацией, химический состав воды играет важную роль для организма.

Население поселка «Дербышки»обеспечивают водой из подземных водоносных горизонтов, которые характеризуются высокой минерализацией, содержанием сульфатов и низким уровнем магния и фтора. Длительное употребление такой воды оказывает существенное влияние на водно-солевой обмен, нарушая постоянство гомеостаза. Особенно это выражено у детей, как правило, вследствие этого наблюдается увеличение частоты болезней органов пищеварения (56 случаев на 1000 населения), тогда как в целом по городу Казань 42 случая, а в Рт 3.5% случаев. Кроме того, среди населения поселка «Дербышки» в 3 раза чаще встречаются болезни желудочно-кишечного тракта, почечнокаменные болезни, а частота гастритов намного чаще, чем в целом по городу. По данным исследования педиатров, у детей отмечаются нарушения обменных процессов окислительно-восстановительной реакции, что можно увидеть, путем определения молочной кислоты и пировиноградной кислоты. У детей в возрасте от 7 до 11 лет наблюдается увеличение молочной кислоты и резкое снижение пировиноградной кислоты, что свидетельствует о нарушении окислительно-восстановительной реакции и появлении свободно-радикального окисления. Всё это способствует появлению в организме свободных форм кислорода и лучшему усвоению загрязняющих веществ в организме, с последующей ответной реакцией.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ЗАГРЯЗНЕНИЯ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА В ГОРОДЕ НИЖНЕКАМСКЕ

Гилязиева Ф.И.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – к.м.н., доц. Тафеева Е.А.

Атмосферный воздух является важнейшим компонентом экологической системы, оказывающим существенное влияние на состояние здоровья населения.

Цель работы – гигиеническая оценка степени загрязнения атмосферного воздуха в городе Нижнекамске. В работе были использованы гигиенические и статистические методы исследования.

Нижнекамск расположен на территории Закамского региона Республики Татарстан, характеризующегося значительной техногенной нагрузкой. Численность населения города по состоянию на 01.01.2012 г. составляет 227,15 тыс. человек.

Нижнекамск характеризуется как город с высоко развитым промышленным потенциалом. Источниками загрязнения атмосферного воздуха являются такие комплексы нефтехимических производств, как ОАО «Нижнекамскнефтехим», ОАО «ТАИФ-НК», ОАО «Нижнекамшшина», ОАО «Нижнекамсктехуглерод», а также предприятия стройиндустрии: ООО «КамЭнерго-Стройпром», ООО «Нижнекамский завод ЖБИ»; энергетики: филиал ОАО «Генерирующая Компания» Нижнекамская ТЭЦ. Следует отметить, что в последние годы отмечается стабильный рост и развитие промышленности в регионе.

Общий выброс загрязняющих веществ от стационарных источников Нижнекамского муниципального района в 2011 г. составил 60,593 тыс. т (в 2010 г. - 57,988 тыс. т). На очистку потупило 129,298 тыс.т загрязняющих веществ, из них 128,066 тыс. т уловлено и обезврежено, что составило 99,0% от общего количества веществ, поступивших на очистку. Кроме того, без очистки выбрасывается 59,36 тыс.т загрязняющих веществ. Основными веществами, загрязняющий атмосферный воздух, являются (тыс.т): ЛОС - 24,632; оксид углерода - 8,95; оксид азота - 14,749; углеводороды - 1,481; твердые вещества - 2,011; диоксид серы - 8,225; прочие - 0,545.

Уровень загрязнения атмосферы в г. Нижнекамске в 2011 г. характеризовался как «высокий». Среднегодовые концентрации превышали ПДК по трем загрязняющим вещества: по бенз(а)пирену - в 1,7 раза, формальдегиду - в 4,7 раза, взвешенным веществам - в 1,1 раза. Таким образом, население города Нижнекамска подвергается действию факторов риска, обусловленных загрязнением атмосферного воздуха, что требует научного обоснования и разработки эффективных управленческих мероприятий, направленных на оздоровление воздушного бассейна города.

САНИТАРНО – ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОБСТАНОВКА И ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ ГОРОДА НАБЕРЕЖНЫЕ ЧЕЛНЫ

Никитина А.Э.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – д.м.н., проф. Иванов А.В.

Федеральный закон № 52 определяет основные требования, характеризующие санитарно - эпидемиологическую обстановку любого населенного пункта. Количественные параметры санитарно - эпидемиологической ситуации в динамике являются индексом благополучия населения.

Набережные Челны крупный моногород с населением 513773 человека, располагается в Прикамском регионе, где имеются 4150 источников загрязнения атмосферного воздуха. Валовые выбросы загрязняющих веществ от стационарных источников. 30959 тонн в год, которые очищаются на 64% за счет фильтрации через газопылеулавливающие установки, кроме того, в городе имеются выбросы в виде отравляющих газов автотранспорта (госсобственность - 14122 и индивидуальные - 116173). Суммарное количество выброса загрязняющих веществ имеет тенденции ежегодного сокращения на 9-10%. В составе выбросов имеются взвешенные вещества, диоксид серы, оксид углерода, фенол, аммиак и даже бенз(а)пирен. Все загрязняющие вещества являются сильнейшим фактором риска здоровью горожан.

Наиболее чувствительными на действие факторов риска являются детское население, что анализировали по критериям общественного здоровья, а именно частота болезней среди детей от 0 до 14 лет. Анализ показал, что дети города Набережные Челны чаще болеют, чем в среднем по республике. Среди них чаще встречаются инфекционные и паразитарные болезни, болезни нервной системы, психические расстройства, болезни глаз и др. Все является свидетельством низкой величины индекса благополучия моногорода Набережные Челны. Руководство города, медицинским работникам, общественности и социальным службам поле деятельности огромное.

ЭКОНОМИКА И УПРАВЛЕНИЕ В СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЕ

ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Ильина М.Г.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – асс. Макарова Е.О.**

Социальная поддержка населения в современных условиях приобретает все более актуальный характер в связи с действием демографических, социальных и экономических факторов, связанных со старением населения, появлением новых социально незащищенных групп, изменением структуры потребностей, недофинансированием социальных программ. В 2007 году численность граждан, получивших меры социальной поддержки в Российской Федерации составило более 11 млн. 350 тыс. человек, а в Республике Татарстан более 300 тыс. человек. В 2011 году общее количество получателей мер социальной поддержки в Российской Федерации составило более 12 млн. человек, а в Республики Татарстан составило более 410 тыс. человек, что значительно больше, чем в 2007 году.

Основные характеристики социальной поддержки:

До сих пор нет единого определения социальной поддержки.

Некоторые авторы, определяют социальную поддержку как одну из составляющих социальной защиты. Мы также придерживаемся этого же мнения. Так же можно отметить, что многие исследователи, заменяют социальную поддержку социальной помощью.

Социальная помощь (поддержка) может представлять собой обеспечение в натуральной и денежной форме, она осуществляется посредством предоставления льгот и услуг, носящих характер единовременных доплат к пенсиям и пособиям.

Категории граждан, имеющих право на меры социальной поддержки делятся на два уровня: федеральный и региональный. Объемы социальной поддержки установлены соответствующими федеральными законами и не могут быть изменены, а форма ее предоставления определяется органами государственной власти субъектов РФ. Законодательные акты некоторых субъектов РФ могут предоставлять отдельным категориям федеральных льготников право на получение социальной поддержки на региональном уровне.

Итак, социальная поддержка населения выражается, прежде всего, в том, что это форма распределения материальных благ в целях удовлетворения физических, социальных и иных потребностей стариков, больных, безработных, лиц, имеющих минимальные доходы. Она является специфической функцией социального государства и адресована, прежде всего, неблагополучным в материальном положении социальным группам.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Николаева Т.Г.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.э.н., доц. Горелова Е.Н.**

Цель данной работы: изучить современное состояние фармацевтического рынка в Республике Татарстан. Методы исследования: библиографический, аналитический: обзор литературы, анализ доступных публикаций в средствах массовой информации. В ходе исследования выяснилось, что современный фармацевтический рынок в Республике Татарстан растет. Рост наблюдается в розничном секторе — в последние три года количество аптечных учреждений растет примерно на несколько десятков в год, и сейчас их уже 1351. Между уровнем потребления лекарств и уровнем смертности есть прямая корреляция. Так, в четырех районах Республики Татарстан, где отмечается самое низкое потребление лекарств, отмечается самая высокая смертность. Вместе с тем, благодаря запрету безрецептурного отпуска кодеинсодержащих препаратов, в десятки раз снизился объем их продаж — и как следствие, количество дезоморфиновых притонов. Фармацевтический рынок в 2012 году ждали перемены. Перемены рынка заметны, в частности, по кодеинсодержащим препаратам. Рынок значительно реструктуризируется. Постепенно происходит ужесточение контроля, однако пока надзорная деятельность в этой сфере не сопровождается серьезными наказаниями. По сути, сейчас не хватает лишь политической воли. Включи ее — и рынок ждут серьезные структурные перемены, и, вероятнее всего, падение доходов его участников. В результате ужесточения требований аптечному бизнесу становится сложнее работать. В Республике Татарстан смогли сохранить самые низкие цены на лекарственные препараты. Анализ показывает, что население стало чаще покупать отечественные препараты. Рост по сравнению с прошлым годом на 8-10%. Рынок лекарственных средств, фармацевтическая индустрия Республики Татарстан в целом развиваются динамично. Согласно официальным оценкам, в 2009 году фармрынок республики составлял около 14,3 миллиардов рублей, в 2010 — около 15,1

миллиардов рублей, в 2012 — 16,3 миллиардов рублей. За последний год объем республиканского фармрынка вырос на 7%. Рост з ниже, чем по России, на 5% — однако в республике средний уровень потребления лекарств превышает среднероссийские показатели.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПОНЯТИЯ СОЦИАЛЬНОЕ ПОСОБИЕ

Исаева Е.А.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.э.н., ст. преп. Мифтахова М.Э.**

Актуальность темы обусловлена тем, что социальное пособие является важной составляющей системы социального обеспечения, во многом обеспечивая эффективную реализацию механизма социальной защиты нуждающихся в помощи групп населения.

Целью работы является исследование теоретических основ понятия «социальное пособие».

В ходе проведенного исследования была раскрыта сущность понятия «социальное пособие» как одной из денежных форм помощи населению, выявлено место социального пособия в системе социального обеспечения, рассмотрены и систематизированы существующие классификации социальных пособий, изучены различные виды социальных пособий, проведен сравнительный анализ пособий, компенсирующих временно утраченный заработок, и пособий, предоставляемых в социально значимых случаях.

Являясь денежной формой социального обеспечения, социальное пособие, как правило, отличается временным характером выплат. С целью упорядочения многочисленных видов пособий в литературе предлагаются их классификации по различным признакам (по целевому назначению, по продолжительности выплаты, по источнику выплаты и др.). Наиболее подробно в работе была рассмотрена классификация в зависимости от целевого назначения, поскольку целевое назначение социального пособия составляет основу определения последнего. Было проведено сравнение двух групп пособий, выделенных в соответствии с данным признаком – пособий, компенсирующих временно утраченный заработок (пособие по безработице, пособие по временной нетрудоспособности и др.), и пособий, предоставляемых в социально значимых случаях для оказания дополнительной материальной поддержки (пособие при рождении ребенка и др.). Проведенный в работе анализ позволил сделать вывод о том, что в отношении первой группы пособий, восполняющих утраченный заработок и, таким образом, обеспечивающих основной доход, также можно говорить о наступлении некоего важного события (например, потери работы или болезни), влекущего прекращение работы на определенное время и требующего реакции со стороны государства. В свою очередь, пособия из второй группы, предоставляющие материальную поддержку в дополнение к имеющемуся основному источнику доходов, можно рассматривать и как своего рода материальную компенсацию «неудобств», возникших в связи с наступлением социально значимых случаев.

СТАНДАРТИЗАЦИЯ УСЛУГ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ: ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ

Абдулхакова Г.З.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – асс. Макарова Е.О.**

Актуальность стандартизации социального обслуживания заключается в том, что она выступает необходимым условием для повышения качества услуг, что является одной из основных задач социальной политики Российской Федерации (РФ).

Стандарты социального обслуживания – это система реальных эталонов в виде государственных документов. Они устанавливают основные требования к объему и качеству социальных услуг, порядку и условиям их оказания.

Мы выявили следующие особенности стандартов социального обслуживания: наличие двухуровневой системы стандартизации услуг социального обслуживания; достаточно четкая обозначенность объектов социального обслуживания как на федеральном уровне, так и на уровне отдельных регионов; широко прописаны субъекты социального обслуживания; существует трудность количественной оценки многих видов услуг, отсутствие показателей качества социальных услуг; разработка и применение стандартов производится по определенным критериям. Особенностью так же можно считать то, что в Республике Татарстан (РТ) разработкой стандартов социального обслуживания занимается отдел метрологии социального обслуживания министерства труда, занятости и социальной защиты РТ. Тогда как на Федеральном уровне разработкой стандарта занимается национальный орган по стандартизации.

Установление государственных стандартов в области социального обслуживания населения позволяет не только повысить уровень организации предоставления социальных услуг. Конечно, национальные стандарты социального обслуживания не могут содержать в себе все необходимые требования, с учетом специфики каждого региона нашей страны. Поэтому разрабатываются и применяются стандарты социального обслуживания на региональном уровне. Они разрабатываются с учетом мониторинга социального положения и условий жизни каждого слоя населения, а так же учитывается потребность в определенных социальных услугах.

ДОСТУПНОСТЬ УСЛУГ ЦЕНТРОВ ЗАНЯТОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ДЛЯ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Шагимуратова И.К.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.э.н., доц. Максимова М.Н.**

В РФ услуги по содействию в трудоустройстве оказываются всем инвалидам, имеющим трудовые рекомендации, прописанные в ИПР. Важным элементом, оказывающим услуги по содействию в трудоустройстве всем категориям инвалидов, являются ЦЗН. Организация услуг, получаемых инвалидами в ЦЗН, зависит от разнообразных факторов. Одним из таких факторов является доступность зданий ЦЗН.

Цель работы – изучение доступности услуг, предоставляемых ЦЗН при трудоустройстве людей с ограниченными возможностями здоровья.

Методология исследования:

- анкетный опрос инвалидов, пользующихся услугами ЦЗН г. Казани.
- экспертные полуструктурированные интервью со специалистами ЦЗН г. Казани.

ЦЗН г. Казани, в которых было проведено исследование на соответствие технических характеристик здания строительным нормам и правилам, в соответствии с Постановлением Госстроя РФ от 16 июля 2001 г. № 73СНиП 35–01–2001 «Доступность зданий и сооружений для маломобильных групп населения», частично доступны для инвалидов. С момента реализации долгосрочной целевой программы «Доступная среда» на 2011–2015 г.г. в РТ, ЦЗН стали переоборудоваться для обеспечения равных возможностей в сфере занятости.

По мнению инвалидов и сотрудников ЦЗН доступность помещения ЦЗН, транспортная доступность ЦЗН – важный фактор при получении услуг ЦЗН. Меры по улучшению оказания услуг в сфере занятости инвалидов находятся на границе взаимодействия и согласования деятельности трех сегментов – инвалидов, работодателей и ЦЗН.

Предложены следующие рекомендации по повышению доступности услуг ЦЗН:

1. Для повышения качества полноты и доступности оказываемых услуг нужно максимально приблизить к инвалиду информацию об услугах ЦЗН.
2. Сотрудникам ЦЗН проводить выезды на предприятия, трудоустраивающие инвалидов с целью подготовки трудовых коллективов к приему инвалидов.
3. МТЗ и СЗ создать единую систему межведомственного взаимодействия сегментов, участвующих в трудоустройстве инвалидов – ЦЗН г. Казани; бюро МСЭ г. Казани; и предприятия г. Казани, использующие труд инвалидов.
4. Государственной Думе совместно с Миндравом РФ привести в соответствие нормы, предусматривающие очередность получения услуг инвалидами в соответствии с ФЗ от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» и Административными регламентами ЦЗН.

МЕРЫ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА (НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН)

Шакирова А.Ф.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.э.н., доц. Максимова М.Н.**

Цель исследования — проанализировать меры социальной поддержки граждан пожилого возраста в Республики Татарстан (РТ).

В соответствии с Законом Российской Федерации от 22.08.2004 № 122-ФЗ ответственность за правовое, финансовое обеспечение и предоставление мер социальной поддержки осуществляется на региональном уровне. Среди регионов Приволжского федерального округа РТ находится в тройке лидеров по расходам бюджета на меры социальной поддержки (Нижегородская область (56411154 руб.), Республика Татарстан (5476258 руб.), Самарская область (5102102 руб.)). По распределению расходов по видам мер социальной поддержки, по данным на 2012 год, РТ находится на втором месте, но только РТ предоставляет наиболее широкий спектр мер социальной поддержки гражданам пожилого возраста. В РТ основная часть выделенных средств на меры социальной поддержки направляется на оплату жилого помещения и коммунальных услуг (2159734 руб.). А в других регионах средства уходят на денежные выплаты (Нижегородская область – 2871945, Самарская область – 965021, РТ – 1428198). Если сравнить Нижегородскую область и РТ сумма, которая тратится на денежные выплаты в РТ почти два раза меньше.

РТ максимально старается заботиться не только о льготных категориях граждан пожилого возраста, но и о пенсионерах не льготниках. Денежные выплаты на проезд в городском и пригородном транспорте пенсионерам не льготникам установлены во всех проанализированных нами регионах. Однако отличаются условия предоставления данной выплаты. Не смотря на то, что в РТ прожиточный минимум ниже (3957 руб.), чем в Нижегородской (5141 руб.) и Самарской областях (5393 руб.) стоимость денежных выплат на проезд пенсионерам не льготникам выше в РТ (Республика Татарстан – 350 руб., Нижегородская область – 300 руб., Самарская область – 270 руб.), чем в сравниваемых регионах. В РТ, как и в Самарской области не ведены лимитированные проезды пенсионерам.

Итак, одно из преимуществ мер социальной поддержки – адресный характер предоставления социальных услуг. Получатели социальных выплат имеют возможность выбора использования полученных средств по своему усмотрению. Однако объем социальной поддержки региональным льготникам различается в каждом субъекте РФ и значительный объем.

ПЛАТНЫЕ СОЦИАЛЬНЫЕ УСЛУГИ В СФЕРЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

Сиразетдинова А.Н.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – д.э.н., доц. Максимова М.Н.**

Актуальность выбранной темы исследования обусловлена тем, что возможности развития системы социального обслуживания и удовлетворение возрастающих потребностей в социальных услугах во многом определяются сложившимися экономическими условиями. В числе экономических условий следует отметить хронический недостаток бюджетных средств для сферы социального обслуживания.

Недостаток бюджетных средств вынуждает учреждения социального обслуживания привлекать дополнительные источники финансирования своей деятельности, в том числе средства от платных услуг. Средства, полученные от платных услуг, могут идти на повышение материальной заинтересованности работников в качественном профессиональном труде; расширение перечня предоставляемых социальных услуг; укрепление материально-технической базы учреждения и другие цели.

Специалисты в сфере социального обслуживания отмечают, что с внедрением платных услуг изменилось отношение клиентов к их качеству: они стали более требовательны. По их мнению, платность услуг способствует рационализации пользования соответствующими платными услугами. Потребитель покупает платные услуги в том объеме, который ему действительно необходим, тогда как с бесплатными услугами он не склонен обращаться экономно.

В Республике Татарстан за 2011 год учреждениями социального обслуживания за оказание платных услуг было получено 4,2 млн. руб. А в 2012 году учреждениями социального обслуживания заработано 8,3 млн. руб.

Итак, оказание платных услуг – активно развивающееся направление предпринимательской деятельности социальных служб, приносящее дополнительные источники финансирования. В тоже время оказание платных услуг как направление дея-

тельности социальных служб до сих пор находится на стадии становления, развития нормативно-правовой базы, разработки методик расчета стоимости, тарифов на социальные услуги. Внедрение платных услуг требует подготовки и самих социальных работников, их умения разрабатывать, оказывать платные социальные услуги.

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ УСЛУГИ СЕМЬЯМ

Холодова А.Д.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – асс. Макарова Е.О.

На сегодняшний день наблюдается естественная убыль населения. Беспокойство вызывают демографические показатели, такие как: количество заключенных браков и разводов, количество семей, не имеющих детей или имеющих по одному ребенку. Изменить эту ситуацию можно лишь путем реализации комплексной стратегии, направленной на создание правовых, социально-экономических и нравственных условий для полного удовлетворения потребности семей в рождении детей.

Социально-экономические услуги семьям всех групп предоставляют в следующих объемах и формах: осуществляется содействие в предоставлении мер социальной поддержки семьям в соответствии с законодательством Российской Федерации; содействие в оказании материальной помощи; содействие в решении вопросов самообеспечения, развития семейного предпринимательства, надомных промыслов и других вопросов улучшения своего материального положения и уровня состоятельности; а также, помощь в решении вопросов трудоустройства, выбора профессии, повышения квалификации, в поиске постоянной или временной (сезонной) работы.

К основным формам социально-экономической поддержки отдельных групп населения можно отнести денежные пособия; помощь в натуральной форме (продукты, одежда); льготы (скидки при оплате ряда услуг); субсидии (целевые средства для оплаты услуг) и компенсации (возмещение некоторых расходов), содействие в получении продуктов и услуг, содействие в трудоустройстве.

Семьям предоставляются индивидуальные льготы и пособия, учитывающие их проблемы и потребности. Предоставляются в виде единовременных или ежемесячных выплат, а также обеспечение детей молочными продуктами питания и смесями; обеспечение лекарственными средствами; предоставление субсидий на оздоровление детей в лагерях, санаториях, на питание учащимся и др.

Контроль качества социальных услуг заключается в проверке полноты и своевременности предоставления этих услуг, а также их результативности. Также осуществляют проверку наличия фактов содействия и насколько оно позволяет полно и своевременно обеспечивать нуждающиеся семьи предназначенными им денежными средствами, продуктами питания, одеждой, обувью и другими предметами первой необходимости. Контроль качества в предоставлении временного жилого помещения нуждающимся в нем семьям также решение вопросов выбора профессии.

ЭКСТРЕМАЛЬНАЯ И ВОЕННАЯ МЕДИЦИНА

ПРОБЛЕМЫ В ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ МАССОВЫХ ОЖОГОВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ

Тарасова А.О.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Динмухаметов А.Г.

Увеличение частоты возникновения массовых ожоговых поражений при авариях, стихийных бедствиях и пожарах в местах массового скопления людей, представляет значительную проблему по организации и оказанию медицинской помощи для здравоохранения.

Для решения данной проблемы необходим оперативный план организации и оказания экстренной медицинской помощи при массовом поступлении обожженных в лечебные учреждения. Необходимо предусмотреть взаимодействие с администрацией, оповещение сотрудников, распределение их на бригады, четко обозначить функциональные обязанности и последовательность действий. План должен включать перечень мероприятий, направленных на приведение ожоговых центров и лечебных учреждений в готовность к приему обожженных, последовательность медицинской сортировки, мобилизацию служб обеспечения лечебного процесса, привлечение специалистов других профилей.

Эффективность лечения обожженных в условиях их массового поступления прежде всего зависит от правильно организованной сортировки, к которой следует привлекать самых подготовленных комбустиологов и реаниматологов. Использование стандартизированных схем сортировки, определение вероятного прогноза и транспортабельности пострадавших. В ходе сортировки в соответствии с диагнозом и прогнозом выделяют три группы обожженных: легкую, тяжелую и крайне тяжелую. Основными критериями для выделения этих групп служат общая площадь поражения, возраст пострадавших, наличие поражения дыхательных путей и механической травмы. Уточнение диагноза проводится на этапе специализированной медицинской помощи. Наряду с организационными проблемами важное место занимают вопросы оптимизации медицинской помощи в целях максимального снижения летальности и улучшения результатов лечения, а также подготовка комбустиологов по вопросам оказания экстренной медицинской помощи при массовых ожоговых поражениях.

В медицинских лечебных учреждениях и ожоговых центрах необходим оперативный план по оказанию экстренной медицинской помощи при массовых ожоговых поражениях, так как ожоги это одна из проблем медицины катастроф.

УЧАСТИЕ МЕДИЦИНСКИХ ФОРМИРОВАНИЙ ПРИ ЛИКВИДАЦИИ ЧС В РФ

Загородская Е.В.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Ковалев М.И.**

Актуальность исследования: на сегодняшний день актуальность проблемы совершенствования участия медицинских формирований в условиях постоянно возрастающего риска возникновения различного рода катастроф несомненна.

Задачи: 1) организация и проведение системы мероприятий по оказанию медицинской помощи раненым и больным, их лечению с целью сохранения жизни и быстрого восстановления; 2) проведение мероприятий медицинской службы по защите раненых и больных, частей и учреждений медицинской службы от оружия массового поражения (ОМП); 3) предупреждение возникновения и распространения инфекционных заболеваний среди пострадавших.

Работа: медицинские формирования - самостоятельная или входящая в состав ВСМК структура, предназначенная для ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций. Они создаются в соответствии с утвержденными штатами и обеспечиваются по табелям специальным оснащением и оборудованием.

Состав медицинских формирований: 1) бригады скорой медицинской помощи — БСМП (линейные и специализированные); предназначены для оказания ЭМП в районе бедствия на догоспитальном этапе; 2) бригады экстренной медицинской помощи — БЭМП (врачебно-сестринские и до-врачебные); их основное назначение — усиление службы скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе в районе катастрофы; 3) медицинские отряды (МО), состоящие из бригад ЭМП; служат для оказания неотложной первой врачебной помощи на догоспитальном этапе; 4) специализированные медицинские бригады постоянной готовности (СМБПГ) и бригады экстренной специализированной медицинской помощи (БЭСМП) входят в состав центров медицины катастроф и предназначены для усиления ЛПУ, оказывающих квалифицированную и специализированную медицинскую помощь; 5) автономные выездные медицинские госпитали (АВМГ); предназначены для оказания первой врачебной и квалифицированной медицинской помощи в очагах катастроф или вне посредственной близости их.

Выводы: в связи с увеличением количества ЧС за последнее время количество медицинских формирований является недостаточным для ликвидации массовых потерь среди населения при ЧС в РФ.

САНИТАРНО-ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПОСТРАДАВШЕГО НАСЕЛЕНИЯ, ЭВАКУИРУЕМОГО ИЗ РАЙОНОВ СТИХИЙНЫХ БЕДСТВИЙ, АВАРИЙ И КАТАСТРОФ.

Гарипов А.Х.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель — к.м.н., ст. преп. Терехов В.В.**

Санитарно-эпидемиологическая служба и органы здравоохранения организуют медицинское обеспечение эвакуируемого населения, представляющее комплекс лечебных, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий. Эти мероприятия проводятся на сборных эвакуационных пунктах (СЭП), в пунктах посадки и высадки, в пути следования, приемных эвакуационных пунктах (ПЭП) и местах расселения.

Санитарно-эпидемиологическое обслуживание эвакуируемого населения возлагается в местах отправления, прибытия и размещения, а также в пути следования по шоссе и грунтовыми дорогами - на местные органы управления, а в пути следования по железным дорогам и по водным магистралям - на органы управления министерства транспорта РФ.

Санитарно-эпидемиологическая служба на местах при эвакуации отдельных групп населения из районов катастроф должна иметь сведения: о контингенте эвакуируемых; о сроках эвакуации; об установленных маршрутах.

Основными санитарно-гигиеническими и противоэпидемическими мероприятиями при эвакуации пострадавшего населения и инфекционных больных являются:

- выявление на сборных эвакуационных пунктах инфекционных больных и подозрительных на инфекционные заболевания, изоляция их и направление в инфекционный стационар;
- проведение экстренной профилактики;
- организация на путях эвакуации и местах расселения пострадавших, инфекционных изоляторов и оборудование помещений для полной санитарной обработки населения и контактных лиц, дезинфекции одежды и обуви;
- контроль за организацией питания; качеством воды, поступающей для сборных эвакуационных пунктов (СЭП), медицинских учреждений; временным размещением пострадавшего населения.

Санитарно-эпидемиологическая служба, на территории которой проходит эвакуация пострадавшего населения, ведет точный учет вышеперечисленных мероприятий и представляет отчетные данные по подчиненности.

ОТРИЦАТЕЛЬНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ МИКРОВОЛН НА УПОТРЕБЛЯЕМУЮ ЧЕЛОВЕКОМ ПИЩУ

Замалиева Н.Ф.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Ковалев М.И.**

Микроволны являются одной из форм электромагнитной энергии, как и световые волны или радиоволны. Это очень короткие электромагнитные волны, которые перемещаются со скоростью света. В современной технике микроволны используются в микроволновой печи, для телефонной связи, работы интернета на земле и через спутники и т.д. Но микроволны наиболее известны нам в качестве источника энергии для приготовления пищи - микроволновая печь. Каждая микроволновая печь содержит магнетрон, который преобразует электрическую энергию в сверхвысокочастотное электрическое поле частотой 2450 МГц, которое и взаимодействует с молекулами воды в пище.

Цель: Оценить влияние пищи приготовленной в микроволновой печи на организм человека.

Методы: В исследовании участвовали 16 человек, обоего пола. Средний возраст составил у мужчин 34,3±5 лет, у женщин 30,2±6 лет. В течении 5 дней, добровольцы получали один из следующих вариантов питания на голодный желудок: сырое молоко, то же молоко, разогретое традиционным способом, пастеризованное молоко, то же молоко, разогретое в микроволновой печи. Свежие овощи, те же овощи, приготовленные традиционным, замороженные овощи, размороженные традиционным способом и те же овощи, приготовленные в микроволновой печи. У добровольцев непосредственно перед каждым приёмом

пищи, брали пробы крови. Затем производился анализ крови в определенные промежутки времени после приёма молока и растительных продуктов. Так же исследовалась молекулярная структура самих продуктов.

Результаты исследования. Значительные изменения были обнаружены в крови в интервалах приёма пищи, подвергшейся воздействию микроволновой печи. Эти изменения включали: сокращение гемоглобина, изменение состава холестерина, увеличение количества лимфоцитов. Некоторые из аминокислот в молоке и зерновых превратились в канцерогены. Размораживание овощей путем воздействия микроволн, преобразовало в их составе алкалоиды в канцерогены. Отмечалось общее сокращение питательных свойств продуктов.

Выводы: Можно сделать однозначный вывод о вреде пищи, разогретой в микроволновой печи и о влиянии ее на организм человека.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПОРАЖАЮЩЕМ ДЕЙСТВИИ АВАРИЙНО ХИМИЧЕСКИ ОПАСНЫХ ВЕЩЕСТВ.

Галиуллина Л.М.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – к.м.н., доц. Динмухаметов А.Г.

Химические вещества или соединения, обладающие высокой токсичностью, применяемые в промышленности и в народном хозяйстве, которые при сбросе на поверхность земли, или выбросе в атмосферу, способны вызвать массовые поражения людей, животных и загрязнять окружающую среду - называются АХОВ (аварийно химически опасные вещества). В настоящее время в мире используются в промышленности, сельском хозяйстве и для бытовых целей до 6 миллионов токсических веществ.

Проблемы, связанные с химическим заражением местности, а также по защите населения становятся всё более актуальными в наши дни. Эти проблемы связаны с загрязнением среды обитания из-за обширных выбросов во время аварий на химических производствах, что наносит тяжёлый ущерб здоровью людей и оборудованию.

Цель исследования: изучить зоны риска чрезвычайных ситуаций Республики Татарстан – потенциально-опасные объекты с химическим фактором поражения и связанные с ними особенности организации оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях.

Методы исследования: статистический, математического моделирования. Прогнозирование медико-санитарных последствий химических аварий проводилось на основе разработанных и прошедших на кафедре медицины катастроф и скорой медицинской помощи КГМА карт оценки зон риска чрезвычайных ситуаций техногенного и природного характера на территории Республики Татарстан.

Основными выходными критериями в методике является:

- значение глубин и площадей зон поражения людей АХОВ;
- количество поражённых различной степени тяжести (динамика во времени);
- обеспеченность медицинскими силами и средствами в процентах и требуемое по количеству для ликвидации последствий.

Выводы: таким образом, проведённое исследование возможностей здравоохранения зон риска показало, что оно не обеспечит необходимого объёма мероприятий первой врачебной помощи пострадавшим в химических авариях.

ПРОБЛЕМА УТИЛИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ОТХОДОВ

Усманова Н.Р.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – ст.преп. Атланов С.П.

Актуальность. Проблемы обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия страны являются сферой межотраслевого регулирования и одним из важнейших аспектов национальной безопасности в области охраны здоровья населения. В частности, вопросы утилизации и хранения медицинских отходов в ЛПУ являются наиболее актуальными на сегодняшний день, поскольку отходы являются причинами прямого и опосредованного риска загрязнения окружающей среды, возникновения инфекционных и неинфекционных заболеваний среди населения.

Цель. Изучение данных об экологических загрязнениях на территории России и за рубежом, методах их ликвидации и предупреждения, а также анализ документов, обеспечивающих надлежащее хранение, сбор и утилизацию отходов лечебно-профилактических учреждений.

Материалы и методы. Сбор и оценка данных о произошедших случаях травматизации и инфицирования населения отходами ЛПУ, анализ литературы, а также государственной санитарно-эпидемиологической нормативной документации.

Результаты. По анализам данных литературы были выявлены случаи заражения детей и взрослых вирусом гепатита В, вирусом иммунодефицита человека при игре и случайных травмах выброшенными на свалку шприцами и их иглами, системами для переливания крови.

По оценке ВОЗ, в 2000 году только в результате повторного использования шприцев были инфицированы:

- 21 миллион человек - вирусом гепатита В (32 % всех инфекций);
- 2 миллиона человек - вирусом гепатита С (40 % всех инфекций);
- 260000 человек - ВИЧ (5 % всех инфекций).

На сегодняшний день расследуются детали обстоятельств, при которых 22 июля 2012 года в Свердловской области были выброшены на обочину 248 человеческих эмбрионов. Минздрав России поручил Роспотребнадзору провести тщательную проверку всех медучреждений Екатеринбурга по факту обнаружения эмбрионов под Невьянском.

Выводы. Основой безопасности человека является четкое соблюдение персоналом медицинских учреждений санитарно-гигиенических правил и норм, предусмотренных законодательством. На основании изученных и проанализированных случаев заражения населения, следует, что необходимо улучшить систему надзора за утилизацией и хранением медицинских отходов на всех уровнях.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗАЩИТЫ МЕДИЦИНСКОГО ИМУЩЕСТВА В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ МИРНОГО И ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ

Якубова А.Ш.

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

Цель: Изучить, как осуществляется организация защиты медицинского имущества в ЧС мирного и военного времени.

Задачи: Определить, что причисляется к ЧС и медицинскому имуществу и выделить основные принципы защиты последнего.

Методы: Анализ литературы.

Чрезвычайная ситуация – это обстановка на определенной территории, сложившаяся в результате аварии, катастрофы, стихийного или иного бедствия, которые могут повлечь или повлекли за собой человеческие жертвы, ущерб здоровью людей или окружающей природной среде, значительные материальные потери и нарушение условий жизнедеятельности людей.

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. Различают инвентарное и расходное медицинское имущество.

В случае ЧС мирного или военного времени, медицинское имущество приобретает особую ценность, ввиду того, что имеется необходимость активного его использования и появляется необходимость в защите медицинского имущества, сохранении в экстремальных ситуациях и возможности «реабилитации» после его порчи.

Основные принципы защиты медицинского имущества тесно связаны с тем повреждающим фактором, который попадет во внешнюю среду при техногенной аварии, либо с тем, который будет использован потенциальным противником при чрезвычайных ситуациях военного времени.

К основным принципам защиты относятся: 1) Профилактические методы (радиационная, химическая и биологическая разведка). Их осуществляют специальные службы медицинской службы гражданской обороны и медицины катастроф в зависимости от наличия на данный момент мирного или военного времени; 2) Оборудование помещений для хранения имущества; 3) Инженерные сооружения, их герметизация, использование защитных свойств упаковки и тары, подручных средств. 4) Применение специального транспорта.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО СНАБЖЕНИЯ В РЕЖИМЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ

Горелкин И.В.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – к.м.н., 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 быстрее восстановления трудоспособности.

Несомненно, при возникновении чрезвычайной ситуации (ЧС), кроме самих её последствий, возникают проблемы по их ликвидации и их смягчении. Медицинское снабжение, как неотъемлемый компонент в данном случае, сталкивается именно с ними.

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.

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

Цветков Н.Ю.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Ковалев М.И.**

При авариях, катастрофах и стихийных бедствиях жизнь человека подвергается огромной опасности и среди пострадавших часто встречаются дети. При оказании им медицинской помощи необходимо учитывать особенности детского организма, реакцию нервной системы ребенка на различные раздражения. Необходимо также учитывать особенности сердечно-сосудистой и дыхательной систем детского организма.

Детский организм чувствителен к потере крови даже в незначительных количествах. В детском возрасте отмечается повышенная склонность к отекам слизистых оболочек верхних дыхательных путей. У детей, заболевших инфекционными заболеваниями, довольно быстро развиваются дыхательный и гипертермический синдромы, нарушается деятельность дыхательной, сердечно-сосудистой, выделительной систем, а также обмен веществ, появляются рвота, происходит дисфункция пищеварения.

Экстренная медицинская помощь в очагах поражения и на этапах медицинской эвакуации оказывается детям в первую очередь.

Защита детей особенно актуальна в зонах радиоактивного и химического загрязнения, где одновременно с применением индивидуальных средств защиты должны использоваться все имеющиеся возможности укрытия детей. Все пострадавшие дети должны переноситься на носилках и в первую очередь должна быть оказана помощь наиболее тяжело пораженным и детям грудного возраста.

Основная роль в организации медицинского обеспечения детского населения, пострадавшего при катастрофах, принадлежит станциям скорой медицинской помощи, специализированным педиатрическим и линейным бригадам, а также врачам и другим бригадам экстренной медицинской помощи.

Организация и оказание экстренной медицинской помощи детям в чрезвычайных ситуациях является сложной и актуальной задачей службы медицины катастроф, требующей для её решения привлечения специалистов – медиков и обучению соответствующим навыкам оказания данного вида помощи медперсонала.

ЗЕМЛЕТРЯСЕНИЕ, КАК ИСТОЧНИК НАРУШЕНИЯ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО И ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ

Аллахвердиева Э.Н.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Динмухаметов А.Г.**

Землетрясения - подземные толчки и колебания поверхности Земли, вызванные естественными причинами или искусственными процессами. На территории России землетрясения бывают в горной местности, на месте стыка тектонических плит - Кавказ, Алтай, Восточная Сибирь, Камчатка.

Сейсмичность юго-востока Татарстана связывают с интенсивной добычей нефти, а точнее с закачкой воды в скважины - для повышения нефтеотдачи. С санитарно-гигиенических позиций огромную значимость имеет разрушение водоводов, канализационных коллекторов и других коммуникаций, так как это вызывает загрязнение значительной части территории возбудителями различной инфекции. Ущерб от последствий землетрясений, характеризующийся нарушениями систем жизнеобеспечения населения; создающимися неблагоприятными условиями, приводящими к возникновению инфекционных заболеваний; нарушениями действующей системы лечебно-профилактического, санитарно-гигиенического и противоэпидемиологического обеспечения населения.

В зоне землетрясения возникают санитарно-эпидемиологические последствия землетрясений. Медико-тактическая обстановка осложняется тем, что выходят из строя лечебно-профилактические учреждения и имеются потери среди медицинского персонала. В результате землетрясения в городе могут разрушаться емкости с аварийными химически опасными веществами (АХОВ), возникнуть вторичные очаги химического загрязнения.

Отсутствие или потеря крова (жилья), недостаточное количество медикаментов и квалифицированной помощи, запасов чистой воды, продуктов питания, одежды, разрушение коммуникаций, неблагоприятная санитарно-гигиеническая обстановка могут привести к гуманитарной катастрофе.

ГИДРОТЕХНИЧЕСКИЕ СООРУЖЕНИЯ – ИСТОЧНИК ТЕХНОГЕННОЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ

Захарова О. В., Сабирова М. Н.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Динмухаметов А.Г.**

Состояние гидротехнических сооружений – одна из наиболее острых проблем и в России. Многие из них эксплуатируются 40 лет, некоторые находятся в аварийном состоянии, в связи с этим возникает реальная угроза их прорыва. Причинами разрушения гидротехнических сооружений могут быть природные явления или стихийные бедствия и техногенные факторы. Начальной фазой гидродинамической аварии является прорыв плотины. Во фронте устремляющегося потока воды образуется волна прорыва, которая имеет значительную скорость движения и обладает большой разрушительной силой.

Катастрофическое затопление, как основное последствие аварии, является результатом разрушения плотины и заключается в стремительном затоплении нижерасположенной местности и возникновении наводнения.

Цель исследования: оценка последствий катастрофического затопления районов Казани в случае аварии на Чебоксарской гидроэлектростанции.

Сооружение удерживает 14 км³ воды. По расчётам учёных-гидрологов, в случае её прорыва поток воды снесет дамбу железнодорожного моста у Зеленодольска и в Займище. Модель разрушения плотины следующая: 1) гигантская волна цунами будет сносить всё на своём пути в течении 4 часов, пока будет опорожняться Чебоксарское водохранилище; 2) мощный поток будет срезать слой за слоем песчаную подушку намывной территории и обрушивать её на город через дамбу у железнодорожного вокзала и речного порта Казани.

Организация санитарно-гигиенических и противоэпидемиологических мероприятий зависит от нанесенного ущерба на затопленной территории, создавшихся социально-бытовых условий и т.п. Эффективность организации медико-санитарной помощи пострадавшему населению зависит от появления 4 зон катастрофического затопления, при котором резко осложняется санитарно-эпидемиологическая обстановка, и в этих зонах может появиться значительное число потерь.

Наши расчёты помогут оценить возможные последствия катастрофического затопления и заблаговременно разработать местными органами здравоохранения планы рационального медицинского обеспечения населения, проживающего в зонах возможного затопления.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЧС

Лукьянова А.О.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – ст. преп. Атланов С.П.**

За последнее время чрезвычайные ситуации становятся фактом нашей повседневной жизни. При экстремальных воздействиях зачастую развиваются массовые психогенные расстройства, вносящие дезорганизацию в общий ход спасательных и восстановительных работ. На рубеже 20- 21 века произошло громадное количество бедствий и катастроф, террористических

актов. Человек так или иначе психологически вовлечен в экстремальную ситуацию: как ее инициатор или как жертва, или как очевидец.

К ведущим факторам ЧС, отрицательно влияющим на психическое и психологическое состояние человека, относятся:

- стресс-факторы виртуального уровня (жизненной угрозы);
- чрезмерное физическое и психическое напряжение при дефиците времени, информации, воды и пищи, нарушения режима сна и отдыха;
- негативное воздействие климата, местности, перепадов температур, давления, нарушений привычных биоритмов и др. факторов.

Чрезмерное воздействие факторов ЧС на психику пострадавших проявляется:

- преобладанием панических переживаний, представлений о всеобщей катастрофе;
- склонностью к аффективным реакциям;
- скованностью движений, оцепенением, ступором;
- кратковременными потерями восприятия команд, утратой профессиональных навыков;
- общим психическим утомлением, угнетением большинства жизненных функций;
- сонливостью или бессонницей, вспышками раздражительности;
- изменением окраски кожи, тремором, учащением дыхания, пульса, позывов к мочеиспусканию;
- нарушением выразительности и разборчивости речи;
- сменой мотивов деятельности апатией.

При оценке психогенетической обстановки следует учитывать различные факторы риска:

- биологический аспект – индивидуальную нестойкость по отношению к трудностям;
- социальный аспект – особые культурные и социально-политические факторы.

Фазы динамики психического состояния подвергшихся воздействию ЧС:

1. Витальных реакций переходящих в состояние кратковременного оцепенения.
2. Острого психоэмоционального шока с явлениями сверхмобилизации.
3. Психофизиологической демобилизации.
4. Разрешения.
5. Восстановления.
6. Отставленных реакций.

Ответственность за организацию и оказание помощи людям, попавшим в ЧС, берет на себя государство, создавая специальные службы: спасательные, пожарные, медицинские.

ЛЕЧЕБНО – ЭВАКУАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ

Азуров М. И.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – ст. преп. Атланов С.П.**

Общим принципом лечебно-эвакуационного обеспечения в районах катастроф является, в основном, двухэтапная система оказания медицинской помощи заболевшим с их эвакуацией по назначению. Первый этап (догоспитальный) обеспечивает оказание первой врачебной и первой медицинской помощи, а также проведение первичных противоэпидемических мероприятий – для предупреждения распространения инфекции. На втором этапе (госпитальном) осуществляется оказание полного объема медицинской помощи и лечение до окончательного исхода, в развернутых в загородной зоне больницах, объединенных в больничную базу.

Перемещение в короткие сроки к району бедствия крупных медицинских учреждений извне практически нереально, поэтому для оказания лечебно-эвакуационного обеспечения на первом этапе - из состава лечебно-профилактических и санитарно-эпидемиологических учреждений региона, территорий и близлежащих районов выделяются медицинские силы и средства и создаются подвижные высококомбинированные формирования, предназначенные к выдвиганию в район бедствия. Оказанием лечебно-эвакуационного обеспечения на втором этапе занимаются специализированные стационарные лечебные учреждения.

До установления вида возбудителя и клинического диагноза на первом этапе оказания медицинской помощи основное значение приобретает сортировка инфекционных больных. После осмотра больные подлежат немедленной изоляции и дальнейшей эвакуации в лечебное учреждение. В случае задержки эвакуации инфекционных больных, объем медицинской помощи должен быть увеличен и приближен к объему медицинской помощи в инфекционном стационаре.

Эвакуация больных из очагов особо опасных инфекционных заболеваний, как правило, не производится, или резко ограничена. В случае необходимости ее осуществления должно быть обеспечено выполнение требований противоэпидемического режима с целью недопущения распространения инфекции на путях эвакуации: выделение специальных путей эвакуации; безостановочное движение через населенные пункты, по улицам городов; наличие средств дезинфекции в автотранспорте, сопровождение транспорта медицинским персоналом, организация санитарно-контрольных пунктов при выезде из очагов.

ТАЙФУНЫ И УРАГАНЫ КАК ИСТОЧНИКИ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ. ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ДЛЯ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ.

Нигметзянова А.Р.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Ковалев М.И.**

Тайфуны и ураганы относятся к стихийным бедствиям. Возникают внезапно в результате действия природных сил, приводят к нарушению уклада жизни людей, часто сопровождаются человеческими жертвами, уничтожением материальных ценностей, разрушением жилого фонда, объектов экономики и экологическим загрязнением окружающей среды. По подсчетам метеорологов, 6 из 10 тропических циклонов за сезон становятся ураганами, 2 из 10 – сильными ураганами. За период с 1947 по 2011 гг. число погибших от ураганов во всем мире составляет более 2 миллионов. За последние десять лет число сильных ураганов увеличилось в полтора раза. По мнению ученых, в ближайшие 50 лет число катаклизмов, связанных с ураганами и торнадо может увеличиться минимум в два раза, а их сила возрасти.

Цель: изучить по данным мировой литературы медико-тактическую характеристику метеорологически опасных явлений (урагана и тайфуна), организацию и оказание медицинской помощи пострадавшим, а также работу медицинской службы в условиях природных катаклизмов.

В целях локализации и ликвидации негативных воздействий, возникающих в чрезвычайных ситуациях, создаются специальные службы, разрабатываются правовые основы и создаются материальные средства для их деятельности. Большое значение имеет обучение населения правилам поведения в таких ситуациях, а также подготовка специальных кадров в области безопасности жизнедеятельности.

В целом, лечебно-эвакуационное обеспечение пораженных при чрезвычайных ситуациях природного характера является одним из основных и наиболее трудоемких видов деятельности служб здравоохранения при ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций. Работа службы медицины катастроф сопряжена с определенными трудностями вследствие большого числа случайных факторов, каждый из которых может оказать существенное влияние на исход ситуации. Например, нарушение целостности дорог, возникновение вторичных очагов поражения, гибель медицинских кадров. Все это создает дополнительные трудности для службы медицины катастроф в вопросах четкой организации лечебно-эвакуационных мероприятий в очагах поражения природных катастроф при организации медицинской помощи пораженным.

ОКАЗАНИЕ ГУМАНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

Каримова Д.Р., Ахсанов А.Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель – ст. преп. Атланов С.П.

Гуманитарная помощь, как известно, оказывается тогда, когда необходимо поддерживать (по разным причинам) социально незащищенные слои населения. Как правило, это бывает во время стихийных бедствий, войн, катастроф, а также на сложных этапах социального и экономического развития.

Получением и распределением гуманитарной помощи занимается созданная в соответствии с постановлением Правительства РФ, принятым 29 сентября 1997 года, Комиссия по вопросам международной гуманитарной помощи при Правительстве РФ. Она имеет право относить к гуманитарной помощи грузы, поступающие из-за рубежа на безвозмездной основе. Гуманитарной помощью, как правило, являются безвозмездно передаваемые российским юридическим и физическим лицам продовольствие, товары народного потребления первой необходимости, в первую очередь: одежда, обувь, медикаменты, медицинское оборудование.

Многие чрезвычайные ситуации и их последствия имеют трансграничный характер, поэтому развитые международные связи в этой области становятся одним из основных факторов, определяющих успех мирового комплекса мероприятий по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций различного характера. В широком плане эта деятельность является по существу интернациональной и гуманитарной областью взаимных интересов.

Эффективным механизмом международной координации действий по предупреждению и ликвидации последствий природных катастроф и крупных промышленных аварий является заключение специальных двусторонних и многосторонних договоров. В них действительно определяется порядок оказания содействия потерпевшей стороне, а именно: в каких случаях, кем и по чьему запросу предоставляется помощь; оговариваются методы доставки необходимых людских и материальных ресурсов через государственные границы, а также процедуры управления спасательными подразделениями, их взаимодействия с соответствующими национальными службами; выделяются положения, касающиеся распределения финансовых затрат на оказание помощи.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АДсорБИРУЮЩИХ СВОЙСТВ ЭНТЕРОСОРБЕНТОВ ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ ТОКСИКАНТАМИ

Галимова Г.А.
Ижевская государственная медицинская академия
Руководитель – к.м.н., доц. Оксюзян А.В.

В последние годы отмечается рост отравлений алкоголем и его суррогатами, что является достаточно серьезной экономико-социальной проблемой для государства.

Основным принципом лечения алкогольной интоксикации является прекращение всасывания токсиканта, а именно применение препаратов способных адсорбировать яды в организме человека.

Целью нашего исследования явилось сравнение характеристик адсорбирующих свойств энтеросорбентов различных групп при отравлениях токсикантами *in vitro*

Для проведения исследования использовали:

- компонент истинных СНП (спирт этиловый 96%);
- компоненты ложных СНП (этиленгликоль, как содержимое антифриза, изопропиловый спирт, как вещество содержащееся в стеклоочистителе);
- дистиллированная вода в качестве контроля;
- энтеросорбенты различных химических групп (активированный уголь, смекта, полифепан, энтеросгель);
- модель желудочного сока 0,1 н раствор соляной кислоты рН 1,0;
- в качестве токсиканта, поддающегося количественному определению кислотно-основным титрованием, был взят раствор 0,2 н уксусной кислоты, который добавляли к модели желудочного сока. В результате рН полученной смеси (соляная и уксусная кислота) не превышал рН желудочного сока (рН 1,28).

По результатам исследования можно сделать следующие выводы:

1. На активированном угле, как неполярном энтеросорбенте, лучше всего адсорбируется изопропиловый спирт, менее эффективна адсорбция этилового спирта, как более полярного токсиканта, и наименьшая адсорбция этиленгликоля, который является самым полярным токсикантом;

2. Адсорбция на полифепане не имеет выраженной закономерности, в связи с тем, что полифепан является полуполярным энтеросорбентом. Лучше всего адсорбируется этиловый спирт, менее эффективна адсорбция изопропилового спирта, затем этиленгликоля;

3. Смекта- высокополярный энтеросорбент. Адсорбция этиленгликоля и метилового спирта наибольшая, поскольку для данных токсикантов характерно свойство полярности. Менее эффективна адсорбция изопропилового спирта
4. Энтеросгель - полярный энтеросорбент. На нем хорошо адсорбируется этиленгликоль и этиловый спирт, плохо изопропиловый спирт;
5. При сравнении смекты и энтеросгеля адсорбция эффективнее на энтеросгеле, что вероятно связано с большей активной поверхностью энтеросгеля (100 и 150 г/м² соответственно).

ПРИЁМНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ - ПЕРВОЕ В РОССИИ

Лашманова Ю. В., Зиннуров А. Р.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., доц. Баялиева А. Ж.

Приёмно – диагностическое отделение (ПДО) – первое в Татарстане и России отделение, организованное при многопрофильной больнице (РКБ), представляющее собой специализированный пункт для приема экстренных пациентов, нуждающихся в проведении патогенетической медикаментозной терапии, а также диагностических процедур на догоспитальном этапе. ПДО включает в себя блок приема пациентов, диагностический блок, блок критических состояний. На территории отделения сосредоточено современное диагностическое оборудование, позволяющее провести полный спектр диагностических процедур в кратчайшие сроки, – это, в первую очередь, 64-срезовый компьютерный томограф, многоплановая ангиографическая система, цифровой рентгенодиагностический комплекс и другие новейшие аппараты.

В приемном отделении, с мощностью в 300 посещений в смену, одновременно медицинская помощь может быть оказана 30 пациентам различной степени тяжести.

Возможность выдвигания высокотехнологичных диагностических служб непосредственно в приемно-диагностическое отделение обеспечивает необходимые условия для исполнения сроков и объемов оказания неотложной диагностической и лечебной помощи в соответствии с международными стандартами, что, в свою очередь, способствует сокращению длительности проведения диагностических процедур на 25-30%.

Использование возможностей компьютерного томографа и реанимационной службы на этапе приема и диагностики позволяет проводить тромболитическую терапию больным с инсультами в кратчайшие сроки с момента поступления в приемно-диагностическое отделение и, в результате, снизить летальность на 15-20%. Использование диагностических и лечебных возможностей рентгеноэндоваскулярной хирургии на этапе приема пациентов обеспечивает значительное снижение госпитальной летальности и от сердечно-сосудистых заболеваний. Наличие консолей у каждой многофункциональной кровати в смотровых позволяет проводить оксигенотерапию одновременно всем пациентам с первых минут поступления.

Важным этапом на пути к новым стандартам оказания современной медицинской помощи является логистика следования пациентов из ПДО в стационар. Данный маршрут представляет собой наикратчайший путь, который будет проходить пациент от момента поступления в приемное отделение и дальнейших диагностических процедур до момента получения лечения.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПОДХОДОВ К ВАКЦИНАЦИИ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ПНЕВМОКОККОВОЙ ВАКЦИНОЙ "ПНЕВМО-23"

Амерханова Р.М.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Хакимов Н.М.

Пневмококковая инфекция - повсеместно распространенный комплекс заболеваний, вызываемых *Streptococcus pneumoniae*. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, пневмококковая инфекция ежегодно уносит жизни около 1 миллиона детей и является повсеместно наиболее частой причиной смертности детей младше 5 лет, предупреждение которой возможно с помощью вакцинации. Полисахаридная поливалентная пневмококковая вакцина Пневмо23 - (производство Лион, Франция) является одной из двух зарегистрированных в России вакцин для специфической профилактики пневмококковой инфекции, имеющая подтвержденные данные о безопасности использования: местные реакции у 5% привитых и у 2% общие.

Цель исследования: Изучение эффективности вакцинации полисахаридной поливалентной пневмококковой вакциной «Пневмо-23» у часто болеющих заболеваниями дыхательных путей детей.

Материалом для исследования послужили истории развития детей (форма-112) от 2 до 9 лет, из которых выписывались случаи заболевания за год до и год после вакцинации. 67 детей были вакцинированы и такое же количество составило контрольную группу, которая не прививалась этим препаратом. Данные были обработаны с помощью методов санитарной статистики с использованием программ Microsoft Office Excel 2010. Эпидемиологическая эффективность вакцины определялась путем сравнения уровня заболеваемости ОРЗ, острыми бронхитами и пневмониями, ларингитами, трахеитами, фарингитами, синуситами, ринитами, отитами за период 2 года.

Результаты: Вакцинация часто болеющих респираторными заболеваниями детей вакциной Пневмо-23 приводило к снижению заболеваемости. Наилучший эффект вакцинации наблюдался у детей, вакцинированных в летне-осенний период, тогда как мероприятия по вакцинации, проведенные в зимне-весенний период не дали ощутимого эффекта, были отмечены нежелательные последствия в виде отсутствия снижения или увеличения частоты заболеваний.

ОСНОВНЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВБИ В УЧРЕЖДЕНИЯХ И ОТДЕЛЕНИЯХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ В 2005-2011годах

Смирнов С.П.

Алтайский государственный медицинский университет

Руководитель - д.м.н., проф. Лукьяненко Н.В.

Цель: проведение ретроспективного аналитического эпидемиологического исследования в учреждениях хирургического профиля Алтайского края.

Задачи:

1. Установление основных клинических форм хирургической патологии и определяющие гнойно-септические осложнения.
2. Определение возбудителя вызывающего гнойно-септические инфекции.
3. Определение причинной обусловленности заражения пациентов в учреждениях и отделениях хирургического профи-

ля.

Материалы и методы:

В данной работе использованы данные «Центра медицинской профилактики по алтайскому краю» Использован метод ретроспективного анализа.

Проблема неполного охвата бактериологическим обследованием больных с внутрибольничными инфекциями обусловлена отсутствием или слабой лабораторной базой лечебно-профилактических организаций, не позволяющей обеспечить необходимый объем исследований и проведение микробиологического мониторинга возбудителей.

Неудовлетворительные показатели чистоты воздуха в лечебно-профилактических организациях обусловлены отсутствием, либо износом вентиляционного оборудования, несвоевременным устранением неисправностей вентиляционных систем, а также нерегулярной и неэффективной их очисткой и дезинфекцией.

Только 81% медицинских организаций имеют централизованные стерилизационные отделения, слабо обновляется парк стерилизующей аппаратуры, и как следствие, высокий процент положительных находок при исследовании стерильного материала, который в 2011 году составил 0,16%.

ХОЛОДОВАЯ ЦЕПЬ – ВАЖНЕЙШИЙ КОМПОНЕНТ ОРГАНИЗАЦИИ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ

Бастракова Н.В.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - д.м.н., доц. Зорина Л.М.

В последние годы в мире растет количество препаратов для иммунопрофилактики, хранение которых требует узкого температурного интервала от +2 до +8°C, от чего зависит как эффективность, так и безопасность продукта для пациента.

"Холодовая цепь" – это постоянно функционирующая система организационных и практических мероприятий, обеспечивающая оптимальный температурный режим хранения и транспортировки медицинских иммунобиологических препаратов на всех этапах пути их следования от предприятия-изготовителя до вакцинируемого.

Необходимость такой системы обусловлена тем, что нарушение цепи приводит к частичной или полной потере вакцинами иммуногенной активности, которая не восстанавливается при возвращении вакцины в рекомендуемый температурный режим.

Система "холодовой цепи" включает специально обученный персонал, оборудование для хранения и транспортировки, механизм контроля над соблюдением требуемых температурных условий.

В условиях России, при значительных географических расстояниях, недостаточно развитой транспортной инфраструктуре, многоступенчатой дистрибьюционной схеме, отсутствии провайдеров специализированных услуг, большом количестве посредников между производителем и конечным потребителем, отсутствии независимой сертификации транспортных средств и складов, оснащенных специальным холодильным оборудованием, возникают дополнительные сложности по соблюдению холодной цепи. Так как товар проходит через руки многих партнеров, многократно перегружается, то факторы внешнего воздействия часто включают в себя несколько видов транспорта, климатических зон и сезонных изменений погоды. В результате, груз, проходя по сложной цепи, может подвергаться значительным температурным колебаниям.

Для контроля температурного режима необходимо использование современных терморегистраторов и термоиндикаторов. К термоиндикаторам одноразового использования должны прилагаться контрольные карточки, заполняемые с момента закладки медицинских иммунобиологических препаратов в упаковочную тару, до получения их пользователями.

Обеспечение и контроль «холодовой цепи» - важное условие эффективности иммунопрофилактики.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАРВОВИРУСНОЙ В19 ИНФЕКЦИИ

Махмутова Г.И., Махмутова Г.И., Рамазанова Л.Р.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., доц. Зорина Л.М.

Парвовирусная В19 инфекция (пятая болезнь, инфекционная эритема) – острое инфекционное заболевание с невыраженными симптомами интоксикации, незначительной лихорадкой, своеобразной сыпью, поражением суставов.

Опасна развитием апластического криза у больных с гемолитической анемией, у беременных - поражением плода с развитием тяжелой анемии, сердечной и печеночной недостаточности, водянки плода и его гибелью.

Вызывается парвовирусом В19, открытым в 1975 году.

Источником инфекции является больной человек.

Заражение происходит воздушно-капельным и трансплацентарным путем, при гемотрансфузии и переливании VIII и IX факторов крови.

Чаще встречается у детей 4 - 10 лет. Индекс контагиозности - от 15 до 30%, 70-75% взрослых имеют специфические антитела.

Распространена повсеместно. Встречается круглогодично, сезонные вспышки нередко с затяжным характером. - в конце зимы, весной, в начале лета, с поражением до 60% коллектива детей. Повышение заболеваемости каждые 3-5 лет.

Инкубационный период составляет 4-14 сут.

Продромальный период отсутствует или выражен слабо: субфебрилитет, недомогание, головная боль, миалгия, катаральные явления, тошнота, рвота. Период разгара начинается с появления сливной сыпи на щеках, что придает больному вид получившего пощечину. Спустя 1—4 суток на всем теле появляется пятнисто-папулезная сыпь с преимущественной локализацией на разгибательных поверхностях конечностей, туловище, в 70% случаев сопровождается зудом. Сыпь начинает бледнеть в центре пятна, приобретая своеобразный сетчатый, похожий на кружево вид, постепенно исчезает в течение 10 дней, не оставляя шелушения.

У части больных отмечается симметричное поражение суставов по типу артралгий и реже — полиартритов. У больных с гемолитической анемией развивается апластический криз с летальным исходом в 2,2% случаев. Возможно развитие энцефалита, менингита, интерстициальной пневмонии, гломерулонефрита, миокардита, васкулита.

Лечение симптоматическое: устранение синдрома интоксикации, катаральных явлений и диспепсических расстройств, снижение риска развития возможных осложнений.

Специфическая профилактика не разработана.

СИСТЕМА ПНЕВМОПОЧТЫ, КАК ФАКТОР РИСКА ВБИ

Гусева К.Г., Тимерзянов М.И.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - д.м.н., проф. Закиров И.Г.

Проблема внутрибольничных инфекций (ВБИ) в последнее время приобрела исключительно большое значение для всех стран мира. Бурные темпы роста лечебных учреждений, применение новейших препаратов, обладающих иммунодепрессивными свойствами, внедрение новых технологий в ЛПУ, не обеспеченных средствами биозащиты - эти, а также многие другие факторы усиливают угрозу распространения инфекций среди пациентов и персонала лечебных учреждений. В последние годы в ЛПУ была внедрена система пневмопочты, позволяющая оптимизировать оперативность и трудозатратность транспортировки материалов для лабораторных исследований и результатов их исследований.

Цель работы: определить степень опасности системы пневмопочты, необеспеченную технологией биозащиты в многопрофильном ЛПУ.

Проведены микробиологические исследования смывов с отверстий труб пневмопочты в отделениях многопрофильного стационара согласно установленным стандартам. Обследование проведено в многопрофильном ЛПУ г. Казани. В 13 отделениях было отобрано 16 смывов. 31% проб оказался положительным. В 5 подразделениях из 13 с поверхности отверстий труб высеялся *St.epidermidis*- 38,5%. Высевы обнаружены преимущественно в отделениях хирургического профиля (общая хирургия, нейрохирургическое отделение, кардиохирургия, сосудистая хирургия)- 80%.

Таким образом, внедрение системы пневмопочты в ЛПУ без надлежащего санитарно-гигиенического обеспечения может послужить фактором передачи стафилококковой инфекции, что особенно значимо для отделений хирургического профиля многопрофильных стационаров. Это говорит о необходимости разработки технологии санитарно-гигиенического обеспечения системы пневмопочты в условиях ее активного внедрения в медицинских учреждениях.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН

Хакимова Ф.Н.

Казанский государственный медицинский университет

Руководители - к.м.н., доц. Хакимов Н.М., д.м.н., проф. Якупов Э.З.

Опухоли головного мозга на сегодняшний день составляют 10% всех новообразований и 4% всей органической патологии ЦНС. По частоте они стоят на пятом месте среди опухолей других органов, а именно желудка, матки, легких и пищевода. Данная патология занимает второе место в ряду причин смертности и третье – по инвалидности.

Цель работы - клинико-эпидемиологическая оценка заболеваемости опухолями головного мозга населения РТ.

Материалом для изучения служили истории болезни 472 человек, прооперированных в течение года по поводу опухоли головного мозга. Данные были обработаны с помощью стандартных статистических приемов.

Результаты. Среди опухолей головного мозга преобладали менингиомы, далее по частоте встречались астроцитомы, глиобластомы, метастазы опухоли в головной мозг. «Излюбленной» локализацией опухолей головного мозга были теменная и лобная доли.

Больные чаще предъявляли жалобы на головную боль, слабость в нижних конечностях, головокружение, шаткость походки, нарушение зрения, затруднение речи и ухудшение памяти. У больных по сравнению с другими неврологическими симптомами чаще обнаруживались неустойчивость в позе Ромберга, сглаженность носогубной складки, мимопопадание при выполнении координаторных проб, гемипарез.

Хирургическое удаление опухоли - эффективный метод лечения, позволивший в большинстве случаев быстро разрешить внутричерепную гипертензию, уменьшить неврологический дефицит у первичных больных и у пациентов с рецидивами. Уменьшению числа послеоперационных осложнений способствовали тотальное удаление опухоли по сравнению с субтотальным и микрохирургическая техника по сравнению с традиционной.

Пациенты чаще страдали от таких сопутствующих заболеваний, как артериальная гипертония, гипертоническая болезнь, анемия и ишемическая болезнь сердца.

Заболеванию опухолями головного мозга были больше подвержены лица пожилого возраста. Не выявлено гендерных различий в составе больных, по социальному составу преобладали пенсионеры. Лица разных профессий были представлены с одинаковой частотой.

Выявлена территориальная неравномерность заболеваемости опухолями головного мозга жителей РТ. Была установлена повышенная заболеваемость жителей города Бугульмы и более низкая – городов Казань и Набережные Челны по сравнению со среднереспубликанскими показателями.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ИММУНОПРОФИЛАКТИКА ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В

Еремеева Ж.Г.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - д.м.н., проф. Закиров И.Г.**

Вирусный гепатит В (ВГВ) – важная медико-биологическая проблема для многих регионов. В Республике Татарстан (РТ) в течение 15 лет проводится массовая иммунизация против гепатита В, что значительно влияет на заболеваемость населения. Тем не менее, остаются высокими показатели заболеваемости отдельными ее клиническими формами. Целью исследования является выяснение особенностей эпидемиологии ВГВ на фоне массовой вакцинопрофилактики для последующей оптимизации профилактических мероприятий в РТ. Материалы и методы исследования: Проведен анализ данных официальной статистики за 2001-2011гг. и результатов обследования эпид. очагов вирусного гепатита В. Полученные результаты подвергнуты статистическому анализу с использованием статического пакета программы «Statistica v.5.5.A». Результаты. За последние 10 лет эпидемиология ВГВ характеризовалась выраженной тенденцией снижения уровня заболеваемости острым вирусным гепатитом В (ОВГ-В) в 49 раз. Несмотря на проводимую в течение 15 лет вакцинацию заболеваемость хроническим вирусным гепатитом В (ХВГ-В) имела стабильный уровень: в 2001 году -12,980/0000, в 2005-14,120/0000, в 2011-11,130/0000. В то же время повышение коллективного иммунитета против гепатита В сопровождалось снижением уровня носительства HBsAg за последние 10 лет в 3,35 раза. Анализ возрастной структуры заболеваемости детей (до 18 лет) ВГВ показало отсутствие регистрации у них ОВГ-В и снижение в 2 раза уровня носительства HBsAg. В то же время, ОВГ-В регистрировался во всех возрастных группах взрослого населения с наиболее высокими показателями у лиц в возрасте 18-29 и 30-39 лет. Это может быть результатом или неполного охвата групп населения, имеющего риск инфицирования, или снижения напряженности иммунитета против гепатита В. Таким образом, в целях повышения эффективности борьбы с ВГВ на современном этапе считаем целесообразным проведение в 15-17 летнем возрасте мониторинга анти HBs-АТ для решения вопроса о необходимости дополнительной ревакцинации.

ИСТОРИЯ ФОРМИРОВАНИЯ УФСИН В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Валеева Ф.Р.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., асс. Тимерзянов М.И.**

Система учреждений тюремного ведомства в Казанской губернии была стандартной для внутренних губерний России. После 1879 г. и вплоть до 1917 г. она не претерпела изменений. В губернском городе находились: губернская тюрьма, центральная пересыльная тюрьма, исправительное арестное отделение, земский арестный дом, воспитательно-исправительный ремесленный приют (для малолетних). Указом от 31 марта 1890 г. в Казанской губернии учреждены губернские тюремные инспекции: местные органы Главного тюремного управления. Первым губернским инспектором в Казани стал действительный статский советник А.Н. Теренин. В старейшей Центральной пересыльной тюрьме содержались приговоренные к каторжным. Главное здание тюрьмы было построено по проекту архитектором Яковом Шелковниковым. Оно и сейчас стоит на улице Нагорной и используется по прямому назначению. Закон о приютах для несовершеннолетних правонарушителей был подписан Александром II 5 декабря 1866 года. Но в 1863 году такой приют был открыт при Казанской губернской тюрьме. В 1872 году создан отдельный приют, который до 1917 года располагался в специально построенном комплексе зданий. Примерно две трети воспитанников попадали в приюты по приговорам судов, около трети – по решениям общества. По уставу исправительный приют был в первую очередь исправительным. В 1920 году была организована Татарская республика. В 1921 году в Казани был организован конц. лагерь принудработ. В РСФСР вдвое было сокращено количество тюрем, в Татарии не было закрыто ни одной. В канун ВОВ, в 1941 году, в Татарии существовали девять тюрем, пять колоний. В годы войны в ТАССР эвакуировали шесть колоний, также дислоцировались два лагеря для военнопленных – в Елабуге и Зеленодольске. Сегодня на территории РТ расположены 17 учреждений уголовно-исполнительной системы. Численность спецконтингента в последние годы держится на уровне 16 тысяч человек. В настоящее время в СИЗО-3 содержится около 700 человек. После приговора осужденные этапированы по колониям. Вся деятельность и история республиканской УИС отражены в экспозиции музея Главного управления, который с 2006 года работает в Главном управлении Федеральной службы исполнения наказаний. В 2009 году ГУФСИН России по РТ было реорганизовано в Управление Федеральной службы исполнения наказаний по РТ.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УЧРЕЖДЕНИЯХ УФСИН РТ

Валеева Ф.Р.

**Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., асс. Тимерзянов М.И.**

Одним из условий функционирования учреждений УФСИН помимо обеспечения изоляции осужденных является сохранение ими конституционного права на медицинскую помощь, на основании ст. 41 Конституции РФ и Приказа Минюст РФ и Минздрава и соц. развития РФ от 17.10.2005. № 640/190.

УФСИН РТ включает в себя 16 специализированных учреждений, где отбывают наказание 13,5 тыс. осужденных.

За счет правильной организации профилактических мер в учреждениях УФСИН наметилась тенденция к снижению общей заболеваемости осужденных, заболеваемости туберкулезом и инфекционными заболеваниями. В 2011 году первичная заболеваемость в целом по УИС РТ снизилась по сравнению с 2009 годом на 10,9% (2011 г - 27271,4 сл. на 100 тыс. чел.; 2009 г. - 30599,8 сл. на 100 тыс. чел). Уровень заболеваемости осужденных в УИС РТ в период 2008 - 2011 г.г. стабильно ниже уровня заболеваемости осужденных в УИС РФ. Так показатель заболеваемости в УИС РТ за 2011 год ниже показателя по УИС РФ на 42,6%. За последние 5 лет не допущено ни одной вспышки инфекционного заболевания среди осужденных, подозреваемых, обвиняемых в учреждениях УИС Республики Татарстан.

Так, для оказания мед. помощи на базе ИК-2 ГУФСИН России по РТ развернуто 380 коек. С целью повышения качества оказываемой медицинской помощи осужденным организовано их обследование с учетом современных инструментальных методов на базе лечебно-профилактических учреждений Минздрава РТ, привлекаются для консультаций специалисты данных учреждений.

В результате общая смертность в 2011г. снизилась на 4,2% и составила 579,9 на 100 тыс. Смертность от заболеваний в целом по УИС РТ снизилась на 11,9%, и составила 465,4 случая на 100 тыс. чел. При этом показатель смертности от заболеваний по УИС РТ ниже показателя по УИС РФ на 5,2% (491,1 сл.).

Показатель смертности осужденных снизился 6,2%. (2011 г. 622,1случай на 100 тыс. чел; 2010 г. – 663,3 сл.). Смертность от заболеваний осужденных снизилась на 12,2% (2011 г. 522,6 сл. на 100 тыс. чел; 2010 г. – 595,5 сл.).

Таким образом, рациональная организация профилактических и лечебно-диагностических мероприятий позволяет не только снизить уровень заболеваемости, но и смертность среди осужденных содержащихся в учреждениях УФСИН.

ОЦЕНКА ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Сафина Э.И.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - д.м.н., проф. Закиров И.Г.

Ситуация по ВИЧ-инфекции имеет стойкую тенденцию к ухудшению, всплеск выявляемости был в 2001 году, когда при помощи неправительственных организаций было протестировано больше всего наркоманов. А затем график заболеваемости и распространенности ВИЧ-инфекции постепенно идет вверх. Число выявленных случаев на 100 тысяч обследований в 2011 году выросло на 8,4% (252,2 против 232,5). В 2011 году инфицировалось по 170 человек в день. В 2012 году 70 тысяч новых случаев, по 190 человек в день.

За последние 5 лет число ВИЧ-инфицированных увеличилось в 2 раза. По разным методам оценки, реальное количество ВИЧ-инфицированных может составлять от 950 тыс. до 1 млн 300 тыс. человек. Согласно официальной статистике, общее число зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции среди российских граждан за 2011 г. выросло на 10,6% , к 587 781 ранее выявленным прибавилось 62 384 новых. На конец 2010 года россияне, живущие с установленным диагнозом ВИЧ, составляли 0,340%, а в 2011-м —0,387% от числа всего населения страны. Инфицированность за 2012 год выросла на 12%.

Наибольшее распространение вирус иммунодефицита человека получил среди мужчин 30–35 лет, где удельный вес инфицированных от общего числа населения этого возраста составил 2,2%, и среди женщин в возрасте 25–34 лет — 1%. В России инфицирован каждый 40-й мужчина в возрасте 25–40 лет населения.

Рост новых случаев отмечен одновременно среди всех групп населения. Среди наркопотребителей, гомосексуалистов и в гетеросексуальной среде. Такой путь распространения получил название «африканский», и он характерен для развивающихся стран.

За 2011-2012 гг. выявлено 5 очагов внутрибольничного заражения— в Пензенской и Ростовской областях и Чеченской Республике, пострадало 13 детей. Вновь после долгого перерыва зарегистрировано инфицирование младенцев при грудном вскармливании (в 2011 г.).

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В И С В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Соломанина Ю.С.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - д.м.н., проф. Закиров И.Г.

Вирусные гепатиты В (ВГВ) и С (ВГС) продолжают оставаться одной из наиболее актуальных медико-биологических проблем. На сегодняшний день число людей, контактирующих с вирусами гепатитов исчисляется миллиардами, миллионы людей являются бессимптомными носителями, число вновь регистрируемых случаев в год продолжает расти, а количество смертей, связанных с инфицированием вирусными гепатитами составляет свыше 2 миллионов в год. Кроме того, вирусные гепатиты В и С с высокой частотой приводят к хроническому течению, формированию цирроза и первичного рака печени.

Целью данного исследования явилось выяснение закономерности динамики заболеваемости ВГВ и ВГС в Республике Татарстан за 2000 – 2010 года.

Метод исследования - аналитическое исследование путем ретроспективного анализа заболеваемости населения Республики Татарстан ВГВ и С.

Результаты исследования. Заболеваемость вирусными гепатитами В и С среди населения по Республике Татарстан в целом имела незначительный спад, преимущественно за счёт острых форм. Заболеваемость хроническими гепатитами В и С носила стабильный характер и показатели её превышали таковые при острых гепатитах в 3,5 - 6 раз. Острый гепатит В по сравнению острым гепатитом С характеризовался более высокой интенсивностью снижения показателей заболеваемости. Носительство вируса занимало первые позиции в структуре клинических форм ВГВ и ВГС и имело динамику снижения показателя первичной регистрации. Степень снижения уровней носительства вируса при ВГВ имела более выраженный характер, чем при ВГС. Анализ помесечной заболеваемости острым гепатитом В и С показал, что наиболее высокие их уровни регистрировались в январе-феврале, а наиболее низкие – в июне-июле. Изучение возрастной структуры при ВГВ и ВГС показало, что при острых гепатитах преобладает заболеваемость детского (67%), а при хронических - взрослого населения (86%).

Таким образом, заболеваемость ВГВ и ВГС в Республике Татарстан имеет тенденцию к снижению, более выраженную при ВГВ. Снижение заболеваемости ВГВ и ВГС происходит преимущественно за счет острых форм вирусных гепатитов и носительства вируса. Заболевание острыми формами ВГВ и ВГС связано с детским возрастом, а хронического гепатита с взрослым населением.

ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Хакимова Ф.Н.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., доц. Хакимов Н.М.

Верховным Советом СССР был принят закон от 23 апреля 1990 г. «О профилактике заболевания СПИД». Основным методом профилактики ВИЧ-инфекции было обучение населения, начиная со школьного возраста, правильному половому поведению, в медицинских учреждениях должно было быть обеспечено неукоснительное выполнение правил использования и сте-

рилизации шприцев, игл и других инструментов, а также использование шприцев, систем для переливания и другого инструментария одноразового пользования.

В качестве противоэпидемического мероприятия предусматривалось обязательное исследование крови доноров, иностранцев, приезжающих на срок более 3 мес., советских граждан, вернувшихся из-за рубежа, где они пробыли более 1 мес., беременных, больных венерическими заболеваниями, гомосексуалистов, наркоманов, проституток. Проводилось также обследование больных с клиническими признаками иммунодефицита.

В УК СССР, а затем и РФ предусмотрено уголовное наказание за заведомую постановку другого лица в опасность заражения ВИЧ или умышленное заражение ВИЧ.

В 1995 г. был принят закон №38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», согласно которому было сохранено обязательное тестирование только крови доноров и медицинских работников, а остальные категории населения, включая и «группы риска», получили право тестироваться добровольно, бесплатно, при желании – с участием психолога.

Комиссия по профилактике ВИЧ-инфекции МЗ РФ летом 2012 г. была упразднена. Территориальные СПИД-центры подчиняясь Минздраву, обрели финансовую самостоятельность.

Большинство программ по профилактике ВИЧ-инфекции в наиболее уязвимых группах населения, успешно осуществлявшихся в предыдущие годы, практически свернуты. В 2011 году общее число обследований на ВИЧ-инфекцию сократилось на 1,3%, структура мониторинга продолжала ухудшаться за счет сокращения числа обследований уязвимых групп: секс-работниц и наркопотребителей. Людей, употребляющих наркотики, в 2011 г. было обследовано на 27 тысяч меньше, чем в 2010 г. При этом было выявлено на 700 ВИЧ-инфицированных больше.

Согласно независимым исследованиям в 2011 году прошли тестирование на ВИЧ только 32% опрошенных наркозависимых.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ БОРЬБЫ С ПНЕВМОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Амерханова Р.М.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., доц. Хакимзянов Н.М.

Возбудитель пневмококковой инфекции *Streptococcus pneumoniae* признан в мире самым частым возбудителем тяжелых пневмоний. Она является ведущей причиной смертности среди управляемых с помощью вакцинопрофилактики инфекций - ежегодно от нее умирает около миллиона детей, преимущественно в развивающихся странах.

Начало вакцинопрофилактики нужно рассматривать с 1977 года, когда была создана 14-валентная противопневмококковая вакцина, которая в 1981 г. была заменена на 23-валентную вакцину «Пневмо-23», успешно применяемую и в настоящее время, в основном у детей старшего возраста и взрослых, имеющих высокий риск заболевания пневмококковой инфекцией. Пневмо-23 имеет ряд недостатков – отсутствие иммунологической памяти и бустер-эффекта при ревакцинации, не влияет на бактерионосительство, не предупреждает формирования антибиотикорезистентности. В связи с этим она не может быть использована для массовой вакцинации детей раннего возраста.

Одним из важнейших достижений медицинской науки является создание 7-валентной конъюгированной пневмококковой вакцины. Конъюгированная пневмококковая вакцина способствует формированию иммунологической памяти у детей, начиная с 6 недель жизни. Более того, вакцина защищает не только от инфицирования, но и предотвращает назофарингеальную колонизацию. В настоящее время разработаны и разрешены к применению три пневмококковые конъюгированные вакцины, и значимым событием является подготовка их к регистрации в России.

В дополнение к достигнутым успехам параллельно развиваются технологии создания белковых вакцин на основе различных пневмококковых протеинов. Ожидается, что это позволит сделать вакцины более доступными, в том числе людям с низким доходом из развивающихся стран.

В перспективе очень важна разработка новых вакцин, включающих в себя актуальные серотипы пневмококка, еще более повысить их иммунологическую эффективность, а также поддерживать более продолжительную иммунную защиту.

РЫНОК ВАКЦИНАЦИИ В РОССИИ

Гилязиева Ф.И.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., доц. Хакимов Н.М.

В настоящее время политика иммунопрофилактики в РФ осуществляется в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 31.01.2011 № 51н «Об утверждении Национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям».

В рамках Национального календаря профилактических прививок среди населения в разные периоды жизни проводятся прививки против 11-ти инфекций: туберкулеза, вирусного гепатита В, коклюша, дифтерии, столбняка, полиомиелита, кори, краснухи, эпидемического паротита, гриппа и гемофильной инфекции.

В течение 2005-2011 гг. на рынке вакцин для массовой иммунизации населения наблюдалась непостоянная динамика изменений с положительными тенденциями в 2005-2008 гг. В 2009 г. произошло снижение объемов рынка вакцин, которое сменилось ростом данного показателя в 2010 г. и резким спадом в 2011 г.

В 2011 г. объем российского рынка вакцин для массовой иммунизации населения продемонстрировал значительное снижение, которое в натуральном выражении составило порядка 41%, а в стоимостном – 26% по отношению к показателям 2010 г. Объем российского рынка вакцин для массовой иммунизации населения оценивался в 2011 г. в 90,2 млн. доз.

Рынок вакцинации в России ежегодно растет на 20% в год, по сравнению с фармацевтическим это выше на 8%. В среднем каждый россиянин в период сезонной вспышки гриппа и ОРВИ с октября по март тратит на препараты, которые снижают симптомы простуды, 1,5 тыс. руб. В РФ официально зарегистрированы и разрешены к применению 64 вакцины отечественного и импортного производства.

На частную вакцинацию по разным данным приходится от 5% до 40% рынка. В зависимости от стоимости препарата по таможенной декларации, по закону разрешается сделать наценку не выше 15%. Поэтому клиникам и компаниям выгодно закупать более дорогую вакцину.

Более правильной является система не наценок, а тарифов. В этом случае аптека получает фиксированную плату за отдельно обслуженную упаковку.

ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ ПАПИЛЛОМАВИРУСА ЧЕЛОВЕКА

Лопатиева А.О.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., доц. Хасанова И.К.

Инфекции, передающиеся половым путем, представляют в настоящее время актуальную медицинскую и социальную проблему. Это обусловлено высоким уровнем их распространенности, недостаточным уровнем информированности населения по данной проблеме и возникающими вследствие заболеваний осложнениями. Папилломавирус человека - вирус из рода папилломавирусов, семейства паповавирусов. Передается только от человека к человеку и приводит к изменению характера роста тканей. Условно папилломавирусы можно разбить на три группы – неонкогенные, онкогенные низкого онкогенного риска, онкогенные высокого онкогенного риска. Хроническая инфекция, вызываемая онкогенными типами папилломавируса человека, является предпосылкой для развития рака шейки матки, который ежегодно поражает 500 000 женщин в мире и приводит к 260 000 смертельных исходов. Вирусные генотипы 16 и 18 являются причиной 70% случаев рака шейки матки. В настоящее время на международном рынке широко используются 2 вакцины против папилломавируса человека, изготовленные из очищенных структурных белков L1, которые самостоятельно формируют типоспецифичные для папилломавируса человека пустые раковины или вирусоподобные частицы. Четырехвалентная вакцина, впервые лицензированная в 2006 году, двухвалентная - в 2007 году. В июне 2007 года Глобальный консультативный комитет Всемирной организации здравоохранения по безопасности вакцин пришел к выводу, что обе вакцины безопасны. В настоящее время нет данных для изменения рекомендаций. Модели относительно экономической эффективности, в общем, показывают, что программы, обеспечивающие высокий уровень охвата прививками среди девочек-подростков младшего возраста, могут значительно снизить затраты, связанные со скринингом на рак шейки матки, последующим наблюдением и тестированием по поводу патологических поражений, а также с диагностикой и лечением предраковых поражений и рака шейки матки. Оптимальным решением будет внесение вакцинации против папилломавируса человека в Национальный календарь прививок Российской Федерации в самое ближайшее время.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВИЧ / СПИДА И ТУБЕРКУЛЕЗА В АФГАНИСТАНЕ

Фарук М.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., доц. Хакимов Н.М.

Заболеваемость и распространенность ВИЧ / СПИДа в Афганистане увеличивается. Афганистан является одной из 22 стран с высоким распространением туберкулеза. Установлено, что в Афганистане может произойти резкое увеличение случаев ВИЧ / СПИД из-за высокой распространенности внутривенного употребления наркотиков, небезопасных процедур переливания крови, массовой репатриации беженцев, слабо финансируемых медицинских учреждений, и неграмотности населения. Мониторинг и лечения TB-HIV/AIDS ко-инфекции является важным вопросом и требует тесного взаимодействия и сотрудничества между различными ведомствами и учреждениями.

Методы: были опрошены 11 руководителей Национальных программ контроля за туберкулезом (NTP) и ВИЧ (NACP) и офицеров M & E в период с ноября по декабрь 2012 г. Кроме того, была выполнен ретроспективный анализ рутинных данных с использованием современных форм отчетности NTP и NACP с целью определить распространенность ВИЧ / СПИД и туберкулезом среди протестированных пациентов.

Результаты: С 2006-2012 было 143293 случаев заболевания ТБ, диагностированных в стране, от 25474 в 2006 году до 22390 в 2010 году. Начиная с 2008 по 2012 г. увеличилось число лиц, которые были протестированы на ВИЧ с 257 (1%) до 3855 (17%). Было выявлено 7 инфицированных ВИЧ, которые были направлены на лечение. Всего в Национальном центре контроля за заболеваемостью ВИЧ стоит на учете 656 больных ВИЧ / СПИД. Из них 65 (10%) были проверены на туберкулез и все они оказались отрицательными.

Совместная деятельность по контролю TB-HIV/AIDS была признана приоритетной и была включена в стратегические планы и программы, что должно привести к улучшению выявления ко-инфекцией.

Вывод: Необходимо дальнейшее расширение сотрудничества между NTP и NACP в Афганистане, что может привести к улучшению выявления случаев ВИЧ среди больных туберкулезом и туберкулезом среди ВИЧ-инфицированных пациентов. На сегодняшний день уровень сочетанной инфекции остается низким.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В РЕСПУБЛИКЕ АФГАНИСТАН

Фарук М.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.м.н., доц. Хакимов Н.М.

Заболеваемость и распространенность ВИЧ / СПИДа в Афганистане увеличивается.

Начиная с 1979 года, военный конфликт разрушил систему здравоохранения Афганистана. Большинство медицинских специалистов покинули страну в 1992 году, и все медицинские учебные программы закрылись. В 2003 году было 11 врачей и 18 медсестер на 100000 населения. В 2004 году имелось одно медицинское учреждение 27.000 человек, а в некоторых районах – один центр на 300.000 человек. Физические и психологические последствия войны существенно увеличили потребность в медицинской помощи. Приблизительно одна четверть населения не имеют доступа к медицинской помощи. По оценкам, 800 тысяч афганцев инвалиды.

Младенческая, детская и материнская смертность в Афганистане достигли самых высоких в мире показателей до 275 за 1000. В сельской местности, один из шести детей умирает, не достигнув пятилетнего возраста. Будучи 15-й наименее развитой страной в мире, Афганистан сталкивается с трудностями в плане санитарии. В городской местности 40% населения не имеют доступа к коммунальным удобствам. Инфекционные и паразитарные болезни, такие как малярия и диарея являются очень распространенным явлением. Недостаточное и некачественное питание также широко распространены.

Туберкулез является эндемическим заболеванием в Афганистане, с более чем 76000 случаев заболевания в год. В 2007 г. 8200 жителей страны скончались от туберкулеза. Афганистан занимает 22-е место среди стран с высоким распространением туберкулеза.

Распространенность ВИЧ в Афганистане менее 1%, 504 случаев ВИЧ были зарегистрированы в 2008 г., а в 2011 г. - 1250. По подсчетам насчитывается от 2.000 до 3.000 людей, живущих с ВИЧ. Около 11 человек, большинство из них наркоманов, погибли от СПИДа.

Зарегистрированные случаи полиомиелита уменьшились с 63 в 1999 году до 17 в 2007 году. Военные действия в 2008 препятствовали вакцинации, в результате чего случаи участились до 20 за первые девять месяцев 2009 года.

В период 2001-2007 гг. зарегистрирован 231 случай лепры.

Брюшной тиф и гепатиты А и Е являются одними из основных инфекционных заболеваний, обусловленных нарушениями в обеспечении доброкачественным питанием и питьевой водой.

Висцеральный лейшманиоз зарегистрировано в общей сложности 21 случаев в Афганистане в 1980-х годах в соответствии с отчетностью CDC.

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ БОЛЕЗНИ И СМЕРТНОСТЬ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ В РТ

Сафина Э.И.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель – д.м.н., доц. Закиров И.Г., к.м.н., доц. Хакимов Н.М.

Фатальность исхода при ВИЧ-инфекции и продолжающейся рост его заболеваемости и болезненности преимущественно в возрасте 18-40 лет являются предпосылками снижения численности работоспособного населения РФ.

Цель: эпидемиологический анализ случаев смерти ВИЧ-инфицированных лиц, умерших в Республике Татарстан за 2009–2011 гг.

Материал и методы: статистический анализ эпидемиологических показателей ВИЧ-инфицированных лиц, умерших в 2009–2011 годах на территории РТ.

На территории РТ за 2009–2011гг. умерло 816 ВИЧ-инфицированных лиц. Средний показатель смертности составил 8‰.

Средняя продолжительность болезни у ВИЧ-инфицированных лиц составила 5,1±0,27 лет. Она у ВИЧ-инфицированных мужчин была выше, чем у женщин (5,5±0,27 лет и 3,8±0,26 лет, соответственно, $t=4,5$, $p<0,001$).

У лиц, заразившихся ВИЧ при внутривенном потреблении наркотических веществ, продолжительность болезни была выше, чем у лиц заразившихся половым путем (5,6±0,28 лет и 3,5±0,28 лет соответственно, $t=5,3$, $p<0,001$).

Максимальные уровни продолжительности болезни наблюдались у больных ВИЧ - инфекцией в возрастных группах 20–29 и 30–39 лет (5,8±0,28 и 5,7±0,26 лет соответственно). Наиболее низкий уровень продолжительности болезни отмечался в возрастной группе 50–59 лет (3,2±0,25 лет).

Малая продолжительность жизни больных ВИЧ - инфекцией была связана с онкологическими заболеваниями 3,2±0,2 лет, заболеваниями легких 4,3±0,25 лет, несчастными случаями 4,4±0,26 лет и сепсисом 4,5±0,27 лет.

У ВИЧ-инфицированных лиц, которые имели городское место проживания, средний уровень продолжительности болезни был на 18% выше, чем у лиц, имевших сельское место проживания (5,3±0,27 и 4,5±0,27 лет, $t=2,05$, $p<0,05$).

Таким образом, ранняя смертность ВИЧ-инфицированных лиц в Республике Татарстан ассоциирована с принадлежностью их к женскому полу, возрасту старше 50 лет, заражением инфекцией половым путем, сопутствующим онкологическим процессом или заболеванием легких, сепсисом и проживанием их в сельской местности.

ФАКТОРЫ РИСКА РАННЕЙ СМЕРТНОСТИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ УМЕРШИХ В 2009-2011ГГ. В РТ

Шарипова А.Г.

Казанский Государственный Медицинский Университет

Руководитель – д.м.н., доц. Закиров И.Г.

Фатальность исхода ВИЧ-инфекции и продолжающейся рост заболеваемости ВИЧ-инфекцией создают проблему роста смертности ВИЧ-положительных лиц.

Цель: оценка эпидемиологических показателей ВИЧ-инфицированных лиц, умерших в РТ за 2009-2011 гг., для последующей разработки мер по снижению уровня смертности.

Методы: проведен анализ эпидемиологических показателей 816 ВИЧ-инфицированных лиц, умерших в 2009-2011 годах на территории РТ.

На территории РТ за 2009-2011гг. умерло 816 ВИЧ-инфицированных лиц. Показатель смертности увеличился с 6,4‰ в 2009 и 2010гг. до 8,6‰ в 2011г.

Средняя продолжительность болезни у ВИЧ-инфицированных лиц составила 5,1±0,27 лет.

Продолжительность болезни у ВИЧ-инфицированных мужчин (5,5±0,27 лет) была в 1,4 раз выше, чем у ВИЧ-инфицированных женщин (3,8±0,26 лет, $p<0,001$).

Продолжительность болезни у лиц, заразившихся ВИЧ при внутривенном потреблении наркотических веществ, превышала таковую у лиц заразившихся половым путем (5,6±0,28 лет и 3,5±0,28 лет соответственно, $t=5,3$, $p<0,001$).

Максимально высокий уровень продолжительности болезни наблюдался у ВИЧ-инфицированных лиц в возрасте 20-29 и 30-39 лет (5,8±0,28 и 5,7±0,26 лет соответственно). Минимальный уровень продолжительности болезни был установлен среди ВИЧ-инфицированных лиц в возрасте 50-59 лет (3,2±0,25лет).

Минимальный показатель продолжительности болезни у ВИЧ-инфицированных лиц ассоциировался с наличием у них онкологических заболеваний (3,2+0,2 лет), заболеваний легких (4,3+0,25 лет), несчастных случаев (4,4+0,26 лет) и сепсиса (4,5+0,27 лет).

Урбанистическая характеристика показала, что продолжительность болезни среди ВИЧ-инфицированных лиц из городской местности превышала таковую у лиц из сельской местности (5,3+0,27 и 4,5+0,27 лет, соответственно, $p < 0,05$).

Таким образом, скоротечное течение при ВИЧ-инфекции связано с принадлежностью к женскому полу, возрасту старше 50 лет, заражением их половым путем, наличием у них таких сопутствующих заболеваний как онкологические заболевания, заболевания легких, сепсис и несчастными случаями.

ВЕТРЯНАЯ ОСПА КАК МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

Василенко Я.О.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - д.м.н., доц. Закиров И.Г.

Ветряная оспа (ветрянка) является острым, высококонтагиозным вирусным заболеванием, распространенным во всем мире. В то время, как в детстве ветряная оспа является относительно легким заболеванием, у взрослых она принимает более серьезные формы. Она может быть смертельной, особенно у новорожденных и у лиц с ослабленным иммунитетом. Вирус ветряной оспы - зостер (VZV) является возбудителем инфекции, он демонстрирует небольшие генетические вариации и не встречается у животных. Возбудитель, вирус ветряной оспы - зостер (VZV), передается воздушно-капельным путем или при прямом контакте, а больные обычно контагиозны за несколько дней до начала сыпи и до момента, когда сыпь покрывается корочкой. После инфицирования вирус остается латентным в нервных узлах и после последующей активизации VZV может вызвать опоясывающий лишай – заболевание, в основном поражающее пожилых людей и лиц с ослабленным иммунитетом. Хотя отдельные случаи могут быть предотвращены, или их течение облегчено специфическим иммуноглобулином или лечением противовирусными препаратами, борьба с ветряной оспой может быть успешной только благодаря проведению широкомасштабной иммунизации. Хотя ветряная оспа является относительно доброкачественно протекающим детским заболеванием и редко рассматривается в качестве значительной проблемы общественного здравоохранения, течение заболевания может иногда осложняться в виде пневмонии или энцефалита, вызванных вирусом VZV, что может привести к стойким последствиям или смертельному исходу.

Помимо вакцинации, нет никаких контрмер по борьбе с диссеминацией ветряной оспы или частотой опоясывающего лишая в восприимчивой к инфекции общине. Иммуноглобулин ветряной оспы - зостера и лекарства против герпеса стоят очень дорого и, в основном, применяются для профилактики уже после контакта с инфекцией или для лечения ветряной оспы у людей с высоким риском развития тяжелой формы заболевания. По причине крайней контагиозности ветряной оспы заболевают в мире почти все дети или молодые взрослые. Обследование и длительное наблюдение за привитыми показали, что из 100 привитых 88-94 человека не заболеют ветряной оспой. У 6-12 человек из 100 привитых может в случае контакта развиться ветряная оспа, но протекать она будет в легкой форме. Длительность защиты составляет 20 лет и более через 2-7 лет наблюдалось значительное до 90% снижение заболеваемости ветряной оспой как среди лиц вакцинируемых возрастов, так и среди не получивших вакцинацию взрослых (до 64%). Значительно уменьшилось число летальных исходов на 60-70%, снизилось количество госпитализаций и обращений за амбулаторной помощью по поводу ветряной оспы (на 76-87%), уменьшились затраты на борьбу с этой инфекцией (до 4 раз).

На данный момент в РФ поднимается вопрос о включении вакцинации против ветряной оспы в календарь профилактических прививок. Уже действуют региональные программы, которые предусматривают пока однократную вакцинацию детей 12 - 24 месяцев и детей старше 24 месяцев, выезжающих в летние оздоровительные учреждения.

СЕКЦИЯ УЧАЩИХСЯ ШКОЛ

НЕ ОБОРВЕТСЯ ЖИЗНИ НИТЬ

**Фасхутдинов И.А., МБОУ «Гимназия №3» г. Чистополь
Руководитель – Чикрина В.А.**

Историю чистопольской районной больницы создавали выдающиеся врачи, многие из которых были выпускниками КГМИ. О некоторых из них я хочу рассказать.

Петр Сергеевич Крестников родился 12 июля 1903 года в селе БалдаевоЯдринского уезда Казанской губернии в семье священника. После окончания сельской школы поступил на медицинский факультет Казанского университета. Годы студенчества – время профессионального и личностного становления Крестникова. Огромную роль в этом сыграл А.В. Вишневский, в то время заведующий кафедрой хирургии медицинского факультета. Вдумчивый, добросовестный студент обратил на себя внимание профессора. После успешного окончания института с 1925 по 1930 год Пётр Сергеевич проработал на кафедре хирургии в клинике Казанского университета под руководством А.В.Вишневского. Именно тогда будущий академик начинал работать над проблемой местной анестезии и привлекал к исследованиям молодого врача.

В стенах родного института Петр Сергеевич встретил Ирму Гнадберг, которая стала его женой. В 1930 г. они переехали в Чистополь. С началом Финской войны Крестников был призван в армию, служил в морской бригаде хирургов, приобрел навыки работы в полевых условиях.

После службы Крестников возвратился в наш город. В годы Великой Отечественной войны фронтом для Петра Сергеевича стала работа в госпитале. В Чистополе было развернуто несколько госпиталей. В самом крупном из них, располагавшемся на улице К. Маркса, д. 78 и оперировал Крестников. Раненые поступали водным путем по Волге и Каме, в том числе и из-под Сталинграда. Опыт полевого хирурга, приобретенный Крестниковым во время Финской компании, оказался незаменим.

В послевоенное время Петр Сергеевич возглавил хирургическое отделение Чистопольской ЦРБ, которая обслуживала весь район. Больных было много, врачам приходилось часто дежурить, проводить сложные операции. Со всем этими трудностями чистопольские хирурги успешно справлялся во многом благодаря Крестникову, которому удалось сплотить коллектив, воспитать целую плеяду талантливых учеников. Старожилы города утверждают, что они буквально творили чудеса в операционной. Е.П. Чигирева вспоминает такой случай. В больницу поступил тяжёлый больной с ножевым ранением в сердце. До Казани больного не довезли бы. Пётр Сергеевич принимает решение оперировать. Пациент выжил. Не удивительно, что молодые хирурги старались присутствовать на операциях, проводимых Крестниковым. Он щедро делился тем, что знал и умел. А умел он очень многое. Умер Петр Сергеевич 26 февраля 1978 года.

Уходя на пенсию, Крестников передал отделение в надежные руки своего ученика – НиязаМиннебаевичаУразгильдеева. Ему, еще студенту КГМИ, пришлось начать врачебную практику после первого года обучения: с началом Великой Отечественной войны всех студентов призвали на службу, они работали в эвакогоспитале в Казани, где и прошли первое боевое крещение. Сначала ассистировали на операциях, а позднее студент Уразгильдеев сам оперировал раненых. После окончания войны НиязМиннибаевич продолжил учёбу в мединституте и после распределения вернулся в родной город, где его ждали родители.

С 1949 года профессиональная деятельность Уразгильдеева связана с Чистопольской ЦРБ. Пожалуй, не было ничего, чего бы не умели его руки: он филигранно делал и нейрохирургические, и полостные, и травматологические операции. Тогда хирургическое отделение ЦРБ было на 60 коек, в палатах лежали больные, которых сейчас обслуживают врачи узкой специализации: урологи, травматологи, нейрохирурги, а НиязМиннибаевич, возглавлявший отделение, мог выполнять все функции. Он, ученик Петра Сергеевича Крестникова, привык трудиться на совесть. Даже выйдя на пенсию и будучи серьёзно больным, он каждый день приходил в больницу, консультировал, интересовался историей болезни сложных больных.

Деятельность П.С. Крестникова и Н.М. Уразгильдеева была высоко оценена государством: они оба были удостоены звания Заслуженный врач ТАССР, награждены орденами Ленина и Трудового Красного знамени. До сих пор чистопольцы вспоминают их добрыми словами, а для врачей-хирургов они остаются примером беззаветной преданности своему делу и высокого профессионализма.

СЕРДЦЕ СВОЁ РАЗДАРИЛ ПО КУСОЧКАМ БОЛЬНЫМ

**Ткачёва А.В., МБОУ «Лицей №1», город Чистополь
Руководитель: Бодрова И.А., учитель истории, МБОУ «Лицей №1» г. Чистополь**

Крестников Петр Сергеевич родился 12 июля 1903 года в селе БолдаевоЯдринского района, в семье священника Сергея Михайловича и его супруги Марьи Петровны. В семье были еще двое детей.

Петр никогда не рассказывал о своем отце. Ничего не говорила о нём и мать Марья Петровна. Он просто пропал, исчез, растворился. Нетрудно догадаться где. Теперь все знают, как поступали в 37-39 годы со священниками и их семьями. Если бы Петр Сергеевич родился на 15-20 лет позднее, то, неизвестно, как сложилась бы и его судьба. Но он «успел» до этих страшных репрессий закончить сельскую школу и без особого труда поступил в Казанский медицинский институт.

Именно в Казани в студенческие годы Петр Сергеевич Крестников сдружился А.А.Вишневским, сыном того прославленного академика А.В.Вишневского, который, в 20-ые годы прошлого века заведовал хирургическими кафедрами Казанского медицинского института.

С 1925 по 1930 год включительно проработал Петр Сергеевич на факультете хирургии в клинике Казанского университета под руководством и опекой А.В.Вишневского, был его любимым учеником. А.В.Вишневский разглядел в молодом выпускнике будущего талантливого хирурга, о котором он впоследствии напишет с благодарностью в одной из своих книг. А.В. Вишневский пророчил ученику блестящую научную карьеру, но Крестников стал хирургом практиком, который в своей работе всегда применял знания, полученные от знаменитого учителя.

Во время финской войны он служил в морской бригаде хирургов.

После войны Крестников возвращается в Чистополь. В годы войны и Петр Сергеевич, и его супруга Ирма Арнольдовна работали в госпитале. Именно здесь и пригодился военный опыт хирурга, приобретенный им на Финской войне.

Более 17 лет он возглавлял городскую больницу, уделял много внимания и сил организации медицинского обслуживания. За свой труд Крестников Петр Сергеевич был награжден орденами Ленина и Трудового Красного знамени, медалью имени Вишневого, получил почётное звание «Заслуженный врач ТАССР и РСФСР». Больше всего ценил Крестников медаль имени Вишневого, которую присваивают самым знаменитым хирургам и названную в честь его любимого учителя «Медаль имени Вишневого».

Скончался он 26 февраля 1978 года. На похороны приехали его ученики из разных городов, коллеги из Москвы, Казани. Петр Сергеевич Крестников был исключительным хирургом и прекрасным человеком, воспитавшим много талантливых хирургов, его последователей. Сотни людей хранят в своих сердцах благодарную память об умелых руках П.С. Крестникова, возвративших их к жизни в годы Великой Отечественной войны и в мирное время. Чистопольцы будут хранить память о славном земляке всегда.

БИОГРАФИИ УЧЕНЫХ-МЕДИКОВ И ВЫДАЮЩИХСЯ ВРАЧЕЙ-ВЫПУСКНИКОВ КГМУ

Снадина Л.В., г. Менделеевск, гимназия №1

12 июля исполнилось 65 лет ученому, педиатру, организатору детского здравоохранения — Александру Александровичу Баранову. Александр Александрович — академик РАМН, доктор медицинских наук, профессор, директор Научного центра здоровья детей Российской академии медицинских наук, председатель Исполкома Союза педиатров России, член Исполкома Союза национальных европейских педиатрических обществ и ассоциаций, кавалер Ордена Трудового Красного Знамени и Ордена Почета, лауреат Международной премии «Профессия — жизнь» в номинации «За выдающийся вклад в сохранение здоровья детей России». Академик Баранов также является председателем Научного совета по педиатрии Российской академии медицинских наук и Министерства здравоохранения и социального развития РФ, членом научного совета при Совете безопасности России, главным специалистом-экспертом педиатром и членом Коллегии Минздравсоцразвития РФ.

А. А. Баранов окончил Казанский государственный медицинский институт, защитил кандидатскую диссертацию. Затем трудился в Горьковском НИИ педиатрии, где проделал путь от научного сотрудника до директора института, защитив в 1979 г. докторскую диссертацию.

В 1987–1992 гг. работал в должности заместителя министра, первого заместителя министра здравоохранения СССР. В 1991 г. избран членом-корреспондентом, а в 1995 г. — действительным членом Российской академии медицинских наук.

В 1992 г. А. А. Баранов возглавил кафедру детских болезней, а с 2005 г. — кафедру педиатрии с курсом детской ревматологии факультета послевузовского профессионального образования педиатров ММА им. И. М. Сеченова. С 1998 г. А. А. Баранов руководит Научным центром здоровья детей РАМН.

Академик Баранов — один из основоположников современной детской гастроэнтерологии, педиатрической экопатологии, автор фундаментальных исследований по неспецифической резистентности ребенка. Им создана научная школа профилактической педиатрии. Под руководством ученого были подготовлены более 70 докторов и кандидатов медицинских наук, опубликовано более 300 научных работ, в том числе 35 монографий.

В ноябре 2005 г. академик А. А. Баранов избран членом Общественной палаты Российской Федерации, в 2006-м — членом Президиума Российской академии медицинских наук.

Этот человек очень много сделал и делает для современной педиатрической службы России, его жизненная энергия и недюжинный ум являются предметом восхищения и подражания, а результаты его трудовой деятельности говорят сами за себя.

А.В. И А.А. ВИШНЕВСКИЕ. ИНСТИТУТ ХИРУРГИИ ИМЕНИ А.В. ВИШНЕВСКОГО. ОТДЕЛЕНИЕ ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Сидуллина Е.Ю., Ахметзянова Р.Р., МБОУ СОШ №9 Руководитель - Петрова Н.В., учитель биологии

С первых дней существования отделение активно участвует в разработке основных, наиболее сложных направлений грудной хирургии.

Академики Александр Васильевич и Александр Александрович Вишневские внесли большой вклад в хирургию легких и средостения, со школой Вишневских связаны первые в нашей стране успешные операции при раке лёгких.

1973 г. отделение возглавляет профессор А.А. Вишневский-младший.

В 1970-е гг. основные работы были посвящены проблемам хирургии легких и пищевода, опухолей и кист средостения, периферического рака легкого.

В 1980-е — лечению легочных кровотечений, лечебной эмболизации бронхиальных артерий, пластическим операциям на сосудах при синдроме верхней и нижней полых вен.

К этому времени относятся первые в нашей стране исследования, направленные на широкое использование в торакальной хирургии метода мышечной пластики и пластики сальником на сосудистой ножке, с помощью которых удалось радикально улучшить результаты лечения больных послеоперационным гнойным передним медиастинитом, обширным хроническим остеомиелитом грудины и ребер.

В настоящее время Институт является одним из ведущих учреждений по лечению заболеваний органов грудной клетки.

В отделении накоплен уникальный опыт по лечению таких заболеваний как послеоперационный остеомиелит грудины и ребер, воронкообразная и килевидная деформации грудной клетки, злокачественных и доброкачественных новообразований лёгких и средостения и др.

На базе отделения торакальной хирургии проведены масштабные исследования для разработки и внедрения в широкую клиническую практику реконструктивно-восстановительных операций на молочной железе.

Благодаря тесному сотрудничеству со всеми подразделениями Института в отделении торакальной хирургии выполняются операции любой сложности с применением самых современных технологий.

ПРОФЕССОР ВИКТОР КОНСТАНТИНОВИЧ МЕНЬШИКОВ

Романов М.А., МБОУ СОШ №31 Ново-Савиновского района г. Казани

Руководитель - Грудкова Л.А., учитель химии/биологии МБОУ СОШ №31 Ново-Савиновского района г. Казани

Виктор Константинович Меньшиков родился 30.12.1874 года в семье потомственного священника села Пановка Лаишевского уезда Казанской губернии. После окончания медицинского факультета Казанского Университета избирается на должность ординатора детской клиники Казанского университета и полностью отдает себя профессии. Особое внимание уделяет проблемам здоровья детей, хотя своих детей у него не было. Тонкая наблюдательность и диагностическая интуиция Виктора Константиновича была направлена, прежде всего, на выхаживание и рациональную терапию больного ребенка. Исключительно чуткое и внимательное отношение к детям создало В. К. Меньшикову широкую популярность.

Профессора В.К. Меньшикова интересовали заболевания, которые имели массовое распространение и социально-гигиеническое значение.

Главной причиной высокой смертности того времени являлись инфекционные заболевания, поэтому внимание Меньшикова было сосредоточено на детских инфекциях. Второй причиной детской смертности ученый считает лишение ребенка материнского молока, неразумное кормление. И Меньшиков начинает искать пути уменьшения детской смертности. Здесь он видит на первом месте просвещение народных масс, поднятие экономического благосостояния населения. В 1914 году В. К. Меньшиков впервые в Казанской детской клинике создает отделение для детей грудного возраста.

В своих научных изысканиях профессор умело сочетает клиническую эрудицию с талантом экспериментатора. В.К. Меньшиков впервые в Казанской детской клинике создает отделение для детей грудного возраста и организует молочную кухню для детского питания.

В последние годы В.К. Меньшиков и его сотрудники работают над проблемой ревматизма у детей.

Клиническая и научная школа профессора В.К. Меньшикова, его научные труды являются достоянием не только города Казани, но и известны далеко за ее пределами. Надо отметить, что его научные интересы всегда были тесно связаны с интересами практического здравоохранения, нуждами края, где он живет.

В 1945 году В.К. Меньшиков награжден орденом Красной Звезды. Клиника, в которой она так плодотворно проработала всю жизнь, после его смерти носит его имя.

БИОГРАФИЯ УЧЕНОГО-МЕДИКА И ВЫДАЮЩЕГОСЯ ВРАЧА – ВЫПУСКНИКА КГМУ

**Гильмутдинов И., МБОУ «Актанышская СОШ №2», Актанышский р-н, село Актаныш
Руководитель - Амирханов И.А.**

ШВАРЦ Соломон Моисеевич (01.05.1892, местечко Таборишки Виленского уезда Виленской губернии – 01.08.1937), зав. кафедрой гигиены труда с курсом проф. болезней (1930-1937).

Родился в семье мелкого торговца. В 1913г., окончив гимназию, поступил на медицинский факультет Базельского университета (Швейцария). Первая Мировая война резко изменила его планы. Осенью 1914 г. он для продолжения образования поступил на частные Юрьевские медицинские курсы, но весной 1915 г. был вынужден вернуться в Вильно. Там был мобилизован как студент-медик и работал до весны 1918 г. в качестве лектора по борьбе с эпидемиями, которые свирепствовали в Виленской губернии.

Осенью 1918г. был принят на второй курс медицинского факультета Казанского университета. В студенческие годы был членом партколлектива, ответственным секретарем, председателем местного университета, членом Казанского городского Совета. В 1919 г. Соломон Моисеевич мобилизовали для работы в 1-м Сводном эвакуационном госпитале Запасной армии. Демобилизован в августе 1920 г. В 1922 г. получил диплом врача.

После окончания университета работал ординатором в госпитальной терапевтической клинике (1922-1924г.), внештатным прозектором при кафедре социальной гигиены (1924-1926г.), ассистентом кафедры социальной гигиены (1926-1929г.). Одновременно он работал помощником заведующего санитарным отделом Татнаркомздрава (1922-1923г.), заведующим санитарно-профилактическим отделом Наркомздрава (1923-1924 гг.). В 1926 г. организовал отделение по гигиене труда в Институте социальной гигиены Татнаркомздрава (в дальнейшем Институт социалистического здравоохранения).

Заместитель декана медицинского факультета Казанского университета (1928-1930 гг.). В 1929 г. Соломон Моисеевич был утвержден приват-доцентом и ему поручается чтение курса «Здравоохранение на селе», а в 1930 г. он утверждается доцентом по курсу «Гигиена труда». В августе 1930 г. был назначен секретарем медицинского факультета КУ.

С января 1931 г. по март 1932 г. находился в научной командировке в Германии, где работал в Берлинском гигиеническом институте, психотехническом институте Высшей технической школы в Шарлоттенбурге, институте физиологии труда в Дортмунде. Во время командировки был в Швейцарии на Интернациональном конгрессе по профпатологии и травматологии, где посетил Первую швейцарскую выставку гигиены и спорта. Наибольший интерес у Соломона Моисеевича вызвал отдел о распространении зоба в Швейцарии и мерах по борьбе с ним.

Осенью 1932 г. был назначен профессором кафедры гигиены труда КГМИ. Его работа «Влияние острого и хронического отравления на организм животного» по мнению «Квалификационной комиссии» удовлетворяло всем требованиям, предъявляемым к диссертациям на степень доктора медицины и была приравнена к докторской диссертации. В 1935 г. С.М. была присвоена ученая степень доктора медицины, и он был утвержден в звании профессора.

ШВАРЦ Соломон Моисеевич – автор более 30 научных работ.

Репрессирован в 1937 г. Реабилитирован в 1956 г.

НИКОЛАЙ ВЛАДИМИРОВИЧ СОКОЛОВ. СЕРДЦЕ, ОТДАННОЕ ЛЮДЯМ

**Валеева Г.М., МБОУ «Масловская СОШ» Рыбно-Слободского муниципального района РТ.
Руководитель - Нестерова Н.В., учитель истории и обществознания**

Если заглянуть в прошлое медицинского обслуживания Рыбной Слободы, то увидим в первую очередь яркую и уникальную личность - земского врача Соколова Николая Владимировича. Судьба его была интересна и необычна.

Соколов Николай Владимирович родился 7 июня 1882 года в селе Шуран Лаишевского уезда Казанской губернии. Поступив в 1902 г. в Томский университет, Н. В. с отличием завершил высшее медицинское образование в КУ. В то время основной структурной единицей обслуживания сельского населения были врачебные участки. На врачебном участке Рыбной Слободы некоторое время работал Николай Соколов. Он был высокообразованным, хорошо знающим свою профессию доктором. Для него было характерно стремление помочь каждому больному. Он отличался высокой культурой общения с людьми. Истинный интеллигент, профессионал высокого класса, он по праву вошёл в историю медицины района, республики. Эти качества он пронёс через всю жизнь. В те годы профессия врача была престижной. Она ассоциировалась с высоким профессионализмом, нравственным долгом. Врач умело решал все вопросы здравоохранения. В 1914-1921 годы Николай Владимирович работал в военных госпиталях, в 1941-1945 годы оперировал в госпиталях Казани. Нагрузку хирурга часто приравнивают к нагрузке шахтёра. Нагрузка земского врача не меньше. Преданно служил людям Соколов! Очень внимательный к больным, сотрудникам и ученикам, Н. В. Соколов всю жизнь отдавал работе. Днём и ночью его можно было увидеть у кровати тяжелого больного.

В годы Великой Отечественной войны в Казани было развёрнуто много эвакогоспиталей. С большой нагрузкой работали хирурги. Профессор Соколов оперировал тяжелораненых. Молодая девушка-медсестра Мария Волкова вывозила раненых с поля боя. Она получила тяжёлое ранение позвоночника. На её счастье, операция, сделанная Соколовым, спасла ей жизнь. У Николая Владимировича золотыми были не только руки, но и сердце. Он помог спастись Марии и от голода. Когда больная начала ходить, Николай Владимирович приглашал её домой, сажал за стол. После 8 месяцев госпиталя Мария Волкова приехала домой. Создала семью, вырастила троих детей. 45 лет бесменно Мария Ивановна Волкова проработала в инфекционном отделении ЦРБ Рыбно-Слободского района. Всю жизнь добрыми словами, с большой теплотой и уважением вспоминала Николая Владимировича. Благодаря самоотверженному труду врачей, средних медицинских работников госпиталей восстановили здоровье и были возвращены в строй сотни тысяч раненых и больных солдат и офицеров. В этом была заслуга и Н.В.Соколова.

Страницы его биографии поражают. Он прошел путь от земского врача до крупного ученого в области медицины. В 1924 году Николай Владимирович стал доктором медицинских наук, в 1926 году – профессором. В 1939 году ему присвоено почётное звание «Заслуженный деятель науки ТАССР», в 1940 году – «Заслуженный деятель науки РСФСР». В 1921-1925 годы Н.В.Соколов преподавал в Казанском государственном университете. С 1926 по 1940 год был заведующим кафедрой топографической анатомии и операционной хирургии Казанского ГИДУВа. С 1931 года работал зав. кафедрой оперативной хирургии, с 1933 года – общей хирургии, с 1935 года – госпитальной Казанского медицинского института. В том же году он был утвержден Высшей квалификационной комиссией в степени доктора медицинских наук. В 1932 г. Н. В. был председателем комиссии по переработке учебных программ, с 1933 до 1942 гг. с небольшим перерывом был деканом лечебного факультета. Учёный издал много трудов по топографической анатомии, иммунологии, военно-полевой и неотложной хирургии, острой хирургической инфекции, гнойному перитониту и кишечным свищам. Опубликовал 48 научных работ. Все они теснейшим образом связаны с актуальными вопросами клиники и по своему характеру делятся на анатомические, экспериментальные и клинические. Из работ анатомического характера наибольшее значение имели исследования в области анатомии паразитовидных желез, а также «Краткое руководство по хирургической анатомии» для студентов и врачей (составленное совместно с ассистентом Лапковым).

Яркую страницу в научной жизни Н. В. представляют его работы, посвященные многочисленным осложнениям огнестрельных ранений. Сюда относится проблема раневого сепсиса. Ей учёный уделяет большое внимание в написанной им в 1943 г. брошюре и в работе «Клинические формы раневого сепсиса» (1944). К числу трудов Н. В. по разделу осложнений огнестрельных ранений относятся: его монография «Кишечные свищи огнестрельного происхождения» (1948), «Исходы лечения раненных в живот по материалам эвакогоспиталей и личным наблюдениям», «Столбняк при огнестрельных ранениях» и некоторые другие.

Под руководством Н.В. было защищено 14 докторских и кандидатских диссертаций.

С 1935 г. до конца жизни он возглавлял хирургическое общество Татарской АССР. Его клинические лекции всегда оживлены интересными демонстрациями больных и примерами из богатого личного опыта.

Крупный хирург и прекрасный врач Н. В. являлся также и активным общественным деятелем. С 1937 по 1939 гг. он - председатель бюро секции научных работ в Казанском государственном медицинском институте, с 1939 г. - депутат Казанского городского Совета депутатов трудящихся.

Награжден орденами Ленина, Трудового Красного Знамени, «Знак почета» и медалями, значком «Отличник здравоохранения».

Многочисленными учениками Н. В. Соколова выполнено под его руководством около 100 научных работ, из них 16—диссертационных.

Участник всех Всесоюзных и Всероссийских съездов и конференций хирургов Н.В. на посту бессменного председателя Республиканского общества хирургов ТАССР с 1935 г. щедро делился знаниями и опытом с врачами лечебных учреждений.

С 1933 по 1936 гг. и с 1938 по 1942 гг. Н. В. был деканом лечебного факультета. С 1937 г. по 1939 г. был председателем секции научных работников медицинского института. С 1945 г. по 1946 г. занимал должность зам. директора медицинского института по научной части. Много сил и энергии Н. В. отдавал «Казанскому медицинскому журналу в качестве члена редколлегии.

Почетный член Правления Всероссийского и Татарского научных медицинских обществ хирургов, Н. В. Соколов выполнял и большую общественную работу в качестве депутата городского Совета Казани многих созывов и всегда живо откликался на запросы трудящихся.

С.В. КУРАШОВ – ИЗВЕСТНЫЙ ВРАЧ-ПСИХИАТР

Газизова И.Н., МБОУ «Школа № 92»

Руководитель - Хайруллина Г.Р., учитель истории и обществознания

Меня всегда привлекала профессия врачей. Моя мечта – стать врачом-психиатром. Независимо от ментальности или государственного порядка, профессия врача позволяет человеку пользоваться определённым статусом и уважением в обществе.

Я считаю, для врачебной деятельности, и в частности работы психиатра, нужно призвание. Таким призванием обладал Курашов Сергей Владимирович (1910-1965), который был организатором советского здравоохранения, известным врачом психиатром и исследователем.

С.В. Курашов, организатор советского здравоохранения, известный врач-психиатр, родился 1 октября 1910 г. в селе Ключики ныне Тамбовской области в семье стрелочника железнодорожного разъезда. В 1931г. окончил медицинский факультет Казанского университета и, будучи студентом 3 курса, Сергей работал фельдшером сначала в психиатрической больнице, а последние два года – в психиатрической клинике.

Как показывают источники, высшего расцвета организаторская деятельность Курашова достигла в 1936-1941 г. став главным врачом Казанской психиатрической больницы. Своей деятельностью в Казани Курашов вписал яркую страницу в историю развития психиатрического дела в республике. Благодаря ему стали широко внедряться активные методы лечения, были прекрасно оборудованы лечебные кабинеты, организованы фельдшерская школа и курсы по повышению квалификации санитарного персонала, в отделениях было обновлено оборудование. Открылся ряд клиничко-диагностических лабораторий и кабинетов, производственные мастерские, расширилось лечебное хозяйство больницы. Значительно оживилась научно-исследовательская работа врачей. Как главный врач, Сергей Владимирович, был прост и доступен. Врачи, фельдшеры, санитары шли к нему, чувствуя и видя его отзывчивость, доброжелательность и душевность. Он был требователен, но очень человечен.

В 1940 г. Курашову было присвоено звание заслуженного врача Татарской АССР. В 1963г. защитил докторскую диссертацию на тему о современных проблемах организации здравоохранения.

С.В. Курашов скончался 27 августа 1965 г. Выпускник КГМИ не забыт, в том же году Казанскому медицинскому институту, в котором Сергей Владимирович Курашов учился и работал, было присвоено его имя. Улица в Вахитовском районе Казани (около ул. Бутлерова) в 1985 г. также названа его именем.

Эти яркие имена пробуждают во мне поиски истины, укрепляют чувство патриотизма, любовь к будущей профессии, увековечивает память выдающихся выпускников КГМИ (КГМУ).

УЧЕНЫЙ И ИССЛЕДОВАТЕЛЬ

**Желтухина А.Ф., МБОУ «Лицей № 14» г. Зеленодольск
Руководитель - Файзиева О.Р., преподаватель химии и биологии**

Представляемая работа посвящена жизни и деятельности известного хирурга, ученого, педагога Василия Ивановича Разумовского. Деятельности В.И.Разумовского очень многогранна. Он - создатель большой хирургической школы в России, первый ректор и строитель Саратовского университета, первый ректор Тифлисского и Бакинского университетов, крупный общественный деятель, организатор здравоохранения, талантливый педагог.

В 1875 г.В.И. Разумовский поступил на медицинский факультет КУ. В КУ Разумовский глубоко проработал курс медицинских наук и отмечен как молодой, способный, подающий надежды. Хирургию он избрал своей специальностью [1]. На формирование В.И. Разумовского повлияли труды гениального Н.И. Пирогова, ювелирные операции Н.В. Склифосовского. Окончив Казанский Университет в 1880 г, Разумовский оставлен в ординатуре госпитальной хирургической клиники, возглавляемой проф. Л.Л. Левшиным. Профессиональное восхождение его было стремительным: в 29 лет - звание приват-доцента, в 30 лет - экстраординарный профессор по кафедре оперативной хирургии КУ с одновременным заведованием хирургическим отделением. В.И. Разумовский одним из первых в России систематически занимался разработкой проблем практической нейрохирургии. Чрезвычайно плодотворно развивалась его хирургическая деятельность в клинике нервных болезней профессора Л.О. Даршкевича. [2]. Научная и клиническая деятельность Василия Ивановича была чрезвычайно разносторонней и обширной. Им опубликовано около 200 работ по различным вопросам хирургии. Очень интересны многочисленные его труды по истории хирургии. Справедливо считается, что русская хирургия во многом обязана его таланту и фундаментальным трудам.

Имя замечательного хирурга, ученого и исследователя В.И.Разумовского 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». Таким образом, вся жизнь и деятельность профессора В.И. Разумовского была именно этим служением добру, истине и человечеству.

Даная работа позволила познакомиться с многогранным талантом ученого, исследователя и вызвала большой интерес к глубокому изучению химии, биологии и медицины в целом.

ГОРДОСТЬ РОССИИ ВЫДАЮЩИЙСЯ РУССКИЙ УЧЕНЫЙ КЛЮШКИН ИВАН ВЛАДИМИРОВИЧ

**Клюшкина М.С., МБОУ Лицей № 116г.Казани
Руководитель - Щукина Т.В., учитель химии МБОУ «Лицей № 116» г. Казани**

Клюшкин Иван Владимирович, родился 29 августа 1948 года в селе ИзгарыЧитопольского района республики Татарстан. Папа был учителем в школе, мама работала в колхозе.

После окончания Казанского фармацевтического училища с отличием в 1966 году, спустя 4 дня после получения диплома, был призван на службу и отправлен на Дальний Восток в город Владивосток.

Окончил Казанский государственный медицинский институт в 1975 году с отличием.

В 1980 году был переведен в РКБ-2, где работал главным врачом.

В 1985 году защитил кандидатскую диссертацию на тему «Открытые переломы длинных трубчатых костей, полученных в сельских условиях». В это же время был избран на должность заведующего кафедры хирургических болезней номер, получил звание доцента.

В 1995 году защитил докторскую диссертацию по теме "Лучевая диагностика и лечебная тактика у больных с дистрофическими поражениями позвоночника". В 1996 году получил звание профессора по кафедре хирургических болезней. В 2001 году был избран на ученом совете деканом педиатрического факультета, где и работает по настоящий день. Клинической базой является ГКБ-7, где проводит лечение больных, в том числе и хирургических, преподает хирургию на всех факультетах медицинского университета. Преподает в системе после дипломного образования для врачей интернов, ординаторов, аспирантов.

Написано 6 монографий, подготовлено 12 кандидатов наук и один доктор наук.

Является автором более 170 научных трудов. Активно работает с больными, Проводит в среднем около 100-120 операций в год.

У Ивана Владимировича два сына и дочь. Старший сын- Ключкин Сергей Иванович, кандидат медицинских наук, врач-хирург-ортопед. Младший сын - Ключкин Алексей Иванович, начальник курса юридической академии МВД РФ, подполковник, участник боевых действий. Внучка - Ключкина Анастасия Ивановна, учится в лицее №116 с углубленным изучением химии и биологии.

УЛИЦА ПРОФЕССОРА МУХАМЕДЬЯРОВА, ИЛИ СВЯЗЬ ПОКОЛЕНИЙ

**Кузьмина Д.И., MAOU Лицей № 131
Руководитель - Храмова М.Ю.**

Редко мы задумываемся о роли и значении медицины в жизни человека, хотя она играет важнейшую роль в жизни каждого из нас. Потому что медицина оказывает помощь в лечении и профилактике заболеваний, поддерживает работу нашего организма на высоком уровне. Но только специалисты этой сферы могут помочь с поддержанием нашего здоровья, а именно это врачи и медицинские работники. Значение врачей во все времена было велико. Поэтому выбранная нами тема о династии Мухамедьяровых является не только интересной, но и познавательной в плане развития истории медицины.

Нашей главной целью в написании работы являлось изучении династии Мухамедьяровых - значимых представителей в системе здравоохранения РТ.

В написании данной работы были поставлены следующие задачи:

- 1) Изучить родословную семьи Мухамедьяровых;
- 2) Раскрыть личностные качества Фатыха Мухамедьярова, позволившие ему достичь высот в медицине;
- 3) Рассмотреть, какой вклад внесла семья Мухамедьяровых в современную медицину;

Мухамедьяров ФатыхГарифович - доктор медицинских наук, гигиенист, заведующий кафедрой организации здравоохранения с 1932 по 1950 гг. в КГМИ, зачинатель Советского здравоохранения.

После окончания медицинского факультета, Фатых Мухамедьяров призван на воинскую службу и направлен врачом. Затем он возвращается в Казань и руководит первым медико-санитарным отделом Совета городского хозяйства. Вся его дальнейшая жизнь была связана со здравоохранением Татарстана. Ему присвоено звание медико-санитарного труда. С 1926 года является заведующим кафедры. Внучка Фатыха Мухамедьярова – Гюзель Шамильевна – врач-рентгенолог, работает в Республиканском онкодиспансере. Правнук Ф. Мухамедьярова - Марат Александрович Мухамедьяров – кандидат медицинских наук, доцент кафедры нормальной физиологии. Марат Мухамедьяров исследует молекулярные механизмы патогенеза болезни Альцгеймера.

Улица, названная в честь Фатыха Мухамедьярова, раньше называлась Союзной, но в 1984 году ее переименовали. Он не жил на ней, но, я думаю, что это достойная память такому значимому в медицине человеку. Мы гордимся тем, что рядом с нами жили и творили такие выдающиеся люди.

ЧЕЛОВЕК И МЕДИЦИНА

**Мухамедиева В.Н., МБОУ Джалильская общеобразовательная школа №2 Сармановского района РТ
Руководитель - Тухватуллина Л.Р., учитель химии, Шайдуллина Л.К. учитель татарского языка и литературы
МБОУ Джалильская СОШ №2 Сармановского района РТ**

Человек сознательно живет для себя, но служит бессознательным орудием для достижения исторических общечеловеческих целей. Совершенный поступок невозвратим, и действие его, совпадая во времени с миллионами действий других людей, получает историческое значение. Чем выше стоит человек на общественной лестнице, с чем большими людьми он связан, тем больше власти он имеет на других людей, тем очевиднее предопределенность и неизбежность каждого его поступка.

Профессия врача - одна из наиболее древних профессий. Еще в первобытном обществе люди занимались врачеванием, а с возникновением религии все функции лекарей сосредоточились в руках целителей. В истории навсегда останутся имена первых выдающихся врачей древности (Гиппократ, Асклепиада и др.), чьи знания и искусство лечить людей не только спасли многие жизни, но и обусловили развитие медицины. Медицина – особый вид деятельности, причем довольно специфичный.

Ирик Нуртдинович Биалов - главный врач центральной районной больницы Сармановского района. И это не случайно. Он является автором таких публикаций как «Опыт проектирования и реализации работы Сармановского узла телемедицины в Татарстане» Медицинская газета №12, 2002 год, «Роль диспансеризации женского населения в ранней диагностике рака шейки матки» - Медицинская газета №39, 2004 г.

В ходе своей работы он смог сформировать команду прекрасных специалистов, ведь в нашу районную больницу ходит огромное количество людей. Наши врачи работают в дефиците времени и нужно быть очень образованным доктором, чтобы в таких условиях увидеть, что происходит с пациентом, поставить диагноз и понять, как нужно лечить, при этом выделив приоритеты и разделив задачи.

В этом году в центральной районной больнице под его руководством проведена реконструкция и открыто современно оборудованное приемно-диагностическое отделение, где есть противошоковый, смотровой, перевязочный, процедурный кабинеты, а также кабинеты эндоскопии, трансфузиологии. Больные также проходят через современно оборудованный санитарный пропускник, где созданы все необходимые условия.

В прошлом году в районе впервые за последние 15 лет отмечался самый высокий показатель рождаемости – 488 детей, что на 14 детей больше, чем в 2011 году. Процент прироста – почти на уровне республиканского показателя. В прошлом году также отмечался самый низкий показатель смертности за последние 15 лет. Общая структура смертности осталась без существенных изменений: это – болезни системы кровообращения, новообразования, травмы, отравления и другие внешние воздействия. Уменьшилась доля умерших среди людей трудоспособного возраста – со 140 (в 2011 году) до 125 человек (в 2012 году). Уровень младенческой смертности в прошлом году составил 2,09 процента. Это вдвое ниже республиканского показателя и значительно ниже районного показателя за 2011 год. Что же касается количества больных, то она возросла. Но снизились показатели временной нетрудоспособности, первичный выход на инвалидность, заболеваемости злокачественными новообразованиями. Что касается последнего, то несмотря на сравнительное снижение случаев заболевания, одногодичная летальность от

них возросла. Это указывает на то, что злокачественные новообразования не всегда выявляются на ранних стадиях. А вот заболеваемость туберкулезом в течение ряда лет по району остается низкой. Заболеваемость же ВИЧ-инфекцией возросла: в прошлом году было зарегистрировано 6 новых случаев. Возросли и показатели заболеваемости психическими и наркологическими болезнями. Нужно улучшить охват женщин цитологическим скринингом, а также показатели ранней постановки беременных на учет. 40,9 процента юношей, прошедших медосмотр в ходе призывной кампании, признаны полностью годными к военной службе, 34,5 процента – годными с незначительными ограничениями. Из 3523 «федеральных льготников» района 2453 воспользовались льготами в денежном выражении. Ну а лекарственных препаратов льготной категории населения отпущено на сумму 14,2 миллиона рублей. По программе «Бэлэкэч» высококачественным молочным питанием обеспечены 447 детей.

ИрикНуртдинович родился в г. Альметьевск Республики Татарстан 22 декабря 1959 года. В 1982 году окончил стоматологический факультет Казанского государственного медицинского института имени А. С. Курашова, прошел дополнительные курсы в Государственном университете высшей школы экономики по направлению «Управление государственными закупками».

Свой профессиональный путь он начал, проработав с 1982 по 1983 врачом-стоматологом в Горьком. С 1985 по 1996 гг. он работал врачом-стоматологом в Базарно-Матаковской ЦРБ нашей республики. С 1996 года он вступил на должность главного врача Сармановской центральной районной больницы и проработал на этой должности до 2001 года. Начиная с 2001 года, он возглавил отдел здравоохранения Сармановского района МЗ РТ. В 2005 - 2007 гг. - главный врач Государственного учреждения здравоохранения "Сармановская ЦРБ". С 2007 г. - главный врач ГАУЗ "Сармановская центральная районная больница.

ИрикНуртдинович, как активный, ответственный, тактичный человек принимает участие и в общественно-политической деятельности нашего района. Он является депутатом райсовета, а также членом некоммерческого партнерства «Ассоциация медицинских работников Республики Татарстан». Имеет почетное звание «Отличник здравоохранения» (2005г.), награжден грамотами Министерства здравоохранения Республики Татарстан (2004, 2005 гг.).

В рамках программы Президента РФ «Подготовка управленческих кадров в сфере здравоохранения и образования в 2011-2014 годах», в целях совершенствования управленческих кадров в области здравоохранения, в мае 2012 г. на базе Казанского федерального университета были организованы двухнедельные обучающие курсы. В связи с достигнутыми на этих курсах высокими результатами, главный врач центральной районной больницы ИрикНуртдинович Билалов, как единственный представитель из Татарстана, в составе делегации Российской Федерации, состоящей из 25 человек, побывал на двухнедельной стажировке в Израиле.

«Надежной гаванью» часто именуют семью. ИрикуНуртдиновичу повезло с семьей. Детство его прошло в любви и радости. Он был окружен прекрасными родителями. БилаловНуртдинБадрутдинович, БилаловаФахираКамалутдиновна в настоящий момент пенсионеры. Супруга БилаловаРузияКарибулловна - педагог с большой буквой. Имеет 2 детей – Ильнур, студент Казанского энергетического университета, Рамзия, студентка Казанского медицинского университета. Выбор его дочери не случайный. Он смог привить уважение к своей профессии. ИрикНуртдинович убежден, что человек должен получить хорошее образование: и вузовское и послевузовское. А самое главное, по его словам, у человека должно быть доброе сердце необходимое в любой работе.

Как сказал один поэт:

В жизни по-разному можно жить.

В горе можно. И в радости.

Вовремя есть. Вовремя пить.

Вовремя делать гадости.

А можно и так: на рассвете встать

И, помышляя о чуде,

Рукой обожженною солнце достать

И подарить его людям.

Выводы: ИрикНуртдинович в своей работе проявляет творческий интерес как к новым научно-практическим разработкам, так и к организации лечебного процесса. Благодаря ему, внедряются новые формы работы позволяющие, в свою очередь, улучшить организацию, качество и доступность медицинской помощи больницы.

ОТОРИНОЛАРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ В КАЗАНИ: ИСТОКИ И СОВРЕМЕННОСТЬ

**Насрутдинова М.Р., МАОУ Гимназия №139 Приволжского района г.Казани
Руководители – к.м.н., асс. Латыпов Р.В., Зиннатуллина Ф.Р., учитель МАОУ Гимназия №139
Приволжского района г. Казани**

Целью данной работы является исследование в области истории развития оториноларингологии в Казани.

По воле судьбы я заболела и попала на больничную койку. В процессе лечения в ЛОР-отделении больницы №16 г.Казани, я увидела фотографию профессора Сватко Л.Г. Меня заинтересовала ее профессиональная деятельность и достижения в области оториноларингологии.

24 декабря 2009 года остановилось сердце выдающегося ученого, продолжателя традиций основоположников Казанской школы оториноларингологов профессоров В.К.Трутнева и Н.Н.Лозанова, заслуженного деятеля науки Республики Татарстан, доктора медицинских наук, профессора Сватко Людмилы Георгиевны.

Людмила Георгиевна родилась 4 апреля 1925 года в семье врача. Окончив в суровые послевоенные годы с отличием лечебный факультет Казанского медицинского института, она избрала специальность оториноларингологию. После окончания ординатуры в 1951 году при кафедре болезней уха, горла и носа КГМИ Людмила Георгиевна до 1956 года работает врачом оториноларингологом. Еще будучи в ординатуре она начала активно заниматься научными исследованиями в области ЛОР онкологии и в 1954 году под руководством профессоров А.Н.Миславского и Н.Н.Лозанова блестяще защитила кандидатскую диссертацию на тему «Измерения иннервационного аппарата мышц гортани человека при раковой болезни и некоторые особенности афферентной иннервации этих мышц». В 1958 году Людмила Георгиевна приглашается в качестве ассистента на кафедру болезней уха, горла и носа КГМИ. В этом же году встреча с американским микрохирургом S. Rosen, который делился опытом и техникой микрооперации на стремени при отосклерозе, определила дальнейшую научно-практическую деятельность молодого ассистента. И уже в декабре 1961 года Людмила Георгиевна Сватко успешно провела первую операцию в Казани по мобилизации стремени с хорошим функциональным результатом. Вскоре, подобные операции внедряются в практику в Киевском НИИ

ЛОР им. А.И.Коломийченко и в Московском НИИ уха, горла и носа. В 1964 Людмила Георгиевна получила ученое звание доцента.

В 1968 году, сменив на посту своего учителя профессора Н.Н.Лозанова, избирается на должность заведующий кафедрой оториноларингологии Казанского медицинского института, которой руководила бессменно в течение 22 лет.

Этот период ознаменуется стремительным развитием оториноларингологии в Татарской АССР. В 1965 году Людмила Георгиевна стала инициатором в создании межрегионального слухоулучшающего центра с отделением слухоулучшающей хирургии (приказ МЗ РСФСР №9272) в Татарской АССР, которым она руководила в течение 30 лет. Деятельность центра размещенного на базе Республиканской клинической больницы, послужила основной научно-практической лабораторией не только для накопления клинического материала, но и для дальнейшего развития научных изысканий.

В 1968 году Людмила Георгиевна Сватко представляет новый подход в рассмотрении патогенеза отосклероза и в 1970 году защищает докторскую диссертацию на тему «Опыт клинико-экспериментального изучения отосклероза». Эта работа является большим научным вкладом в изучение патогенеза и патоморфологии отосклероза. Научными консультантами были: академик Н.А.Преображенский и профессора Н.Н.Лозанов и Ю.И.Забусов.

В 1974 году Л.Г.Сватко было присвоено звание профессора.

За период работы на кафедре КГМИ под руководством профессора Л.Г.Сватко внедрены консервативные методы лечения отосклероза с применением фторида натрия и димефосфона. Активно проводятся иммунологические исследования перилимфы, изучается фенотип, разрабатываются и с успехом реализуются различные методы лечения больных отосклерозом, сенсоневральной тугоухостью, болезнью Меньера, онкологических ЛОР патологий, негнойных и гнойных заболеваний уха и др.

По инициативе Людмилы Георгиевны в 1985 году в Казани создается Межреспубликанский фониатрический центр.

В 1993 году Л.Г.Сватко переходит профессором консультантом на кафедру болезней уха, горла и носа Казанской государственной медицинской академии, что стало новым витком в развитии оториноларингологии в Татарстане и в частности кафедры оториноларингологии академии.

Людмила Георгиевна определяет направление научно-практических изысканий сотрудников кафедры в изучении проблем ринологии.

В 1993 году она встает у истоков создания Казанского ринологического центра.

При этом Людмила Георгиевна Сватко, позволила не только сохранить кафедру оториноларингологии Казанской государственной медицинской академии, но вдохнула в нее новую жизнь.

Научные исследования, проводимые профессором Л.Г.Сватко, на протяжении более 60 лет были посвящены актуальным вопросам оториноларингологии, которые широко внедрялись в практическое здравоохранение.

Признанному ученому принадлежат более 350 научно-практических работ.

Она всегда принимала активное участие в международных и всероссийских конгрессах, съездах, конференциях и симпозиумах по оториноларингологии.

Людмила Георгиевна Сватко в 1985 году стала организатором Всероссийского пленума оториноларингологов в г.Казани.

Под руководством профессора Сватко Л.Г. защищено 40 кандидатских диссертаций и 4 докторские диссертации по различным проблемам оториноларингологии.

Профессор Л.Г.Сватко была не только крупным ученым, но великолепным педагогом. Она зажигательно читала лекции, любила общаться с молодежью, с творческим увлечением проводила научные кружки и семинары.

Профессор Людмила Георгиевна Сватко генерировала идеи и замыслы во многом опережающие время, которыми она всегда охотно делилась со своими учениками и последователями. Она настолько проникновенно представляла оториноларингологию, что после общения с Людмилой Георгиевной просто не возможно было не полюбить эту профессию.

Многогранная деятельность Людмилы Георгиевны Сватко получила высокую оценку со стороны научной и педагогической общественности. В 1975 году ей присвоено звание заслуженного деятеля науки Республики Татарстан. Она награждена правительственными наградами: орденом Трудового Красного знамени (год), медалью «Изобретатель СССР» (год).

За годы научно-практической деятельности на кафедре уха, горла и носа Казанской государственной медицинской академии она удостоена звания Почетного профессора Казанской государственной медицинской академии.

Оставаться верным идеалам своей профессии трудно, но путь к совершенству все-таки достижим и Светлый образ Людмилы Георгиевны Сватко является ярким примером служения людям и медицине.

ТЫ ЛЮБИЛ ЖИЗНЬ

Нуретдинова Э.З., МБОУ Степношенталинская СОШ Алексеевского муниципального района РТ Руководитель - Нуретдинова Г.Н., учитель английского языка МБОУ Степношенталинская СОШ

Врач - это одна из давно возникших и почитаемых профессий. Люди всегда чтили и дорожили теми, кто мог избавить их от боли и вылечить от болезней. Есть огромное количество врачей, имена которых никто не забудет. Например, очень смелый и талантливый польский доктор и преподаватель Януш Корчак. Попав со своими учениками в плен, он отказался от побега, так как не мог бросить своих знакомых в беде. Более того, в последнем своем шествии по Варшаве, на руках он нес больного ребенка. И даже последние минуты своей жизни в газовой камере он провел вместе с людьми, кого когда-то лечил.

Во время Великой Отечественной войны сколько врачей и медсестёр, не жалея своих жизней, под свистом пуль спасали людей. Скольким раненым они, не смотря на страх, помогли!

Все знают знаменитого окулиста С.Федорова. Многим людям он подарил зрение! Это необъяснимо, когда долгие дни в темноте сменяются солнечными, когда видишь голубое небо, зеленые деревья и все, что тебя окружает. Умные и талантливые люди свершают невероятное. Но случается, что врачам бывает очень тяжело, не всегда они в силах помочь больному. В их жизни бывают душераздирающие моменты, когда они вынуждены сообщить людям, что не смогли помочь их родным: «Мы сделали все, что могли, но...»

Рассказ, который я посылаю вам, не только об одной удивительной жизни. Этот рассказ о человеке, который, действительно, остался в памяти людей навсегда, потому что ни до, ни после него таких врачей уже не было.

Прекрасная река Кама. На левом берегу этой седой реки расположен город Чистополь. Он с давних времён славился своими часами по всему миру. Кроме часового завода в Чистополе имеются и другие промышленные центры. Город Чистополь, который недавно отметил своё 350-летие, ещё является районным центром. В двадцати пяти километрах от города Чистополя, расположено село Каргали. Оно считается одним из больших населённых пунктов Чистопольского района. В пяти километрах от села находится деревня Ромашкино. Эта деревня известна тем, что там родилась и выросла всем известная татарская писа-

тельница КояшТимбекова. В этой же деревне в 1948 году в семье Габдуллы и Минсахиба Юнусовых родился мальчик. Ему дали имя Рашид. Здесь он провел своё детство и получил начальное образование. Затем эта семья переехала в село Каргали. Рашид Юнусов продолжал учёбу в Каргалинской средней школе. Он был очень дисциплинированным и учился только на хорошие оценки. Это были послевоенные годы, а в семье имеется ещё один ребёнок, сестрёнка Рашида. Отец его, Габдуллаабый, участник войны, инвалид I-группы, мать, Минсахибапа, тоже инвалид I группы (проблемы с глазами). Рашид, как старший ребёнок в семье, понимает все трудности семьи. Поэтому он решает продолжить учёбу в вечерней школе. Устраивается на работу взрывником у нефтяников, и с 9 класса продолжает учёбу в вечерней школе. После окончания школы заканчивает курсы механизаторов в Бугульме и начинает свою трудовую жизнь в совхозе механизатором. Директор совхоза Зяббаров предлагает ему ехать учиться в медицинское училище. У Рашида тоже было желание продолжать учёбу. Долго не думая, он сдаёт экзамены в Чистопольское медицинское училище и становится студентом. Он заканчивает училище на хорошие оценки. По направлению Рашид поехал в соседнюю деревню Муслиюкино. Работая фельдшером в этой деревне, он еще заканчивает дополнительные курсы и получает удостоверение рентгенолога. Рашида направляют в Новошешминский район, где он начинает работать рентгенологом. И где бы кем бы он не работал, показывает себя знающим свое дело специалистом. А хорошие специалисты, как известно, нигде долго не задерживаются. Его снова вызывают в Муслиюкино, где он уже выполняет обязанности главного врача. Это был 1973 год. За годы работы в этой больнице он набирается опытом, усовершенствуется - заканчивает ещё дополнительные курсы.

Но по семейным обстоятельствам - болезнь отца - Рашид вынужден вернуться домой. Устраивается на работу в Каргалинскую участковую больницу. Больница широкопрофильная, рассчитана на 45 стационарных коек и обслуживает все соседние деревни. Здесь он и педиатр, и зубной врач, и терапевт. Здесь же он встречает свою будущую спутницу жизни Ильсияр. Скоро они женятся. Один за другим рождаются два сына. Жизнь потихоньку налаживается. Появляется мысль: «Нужно дальше продолжить учёбу, получить высшее образование». И в 1976 году Рашид отправляется в Казань. Успешно сдав экзамены, он становится студентом Казанского медицинского института. Семья его поддерживает и помогает в учёбе. Человек, обладающий многими профессиями, во время каникул работает в совхозе механизатором. Так проходят два года студенческой жизни. Но в душе есть еще одно желание: нужно дать высшее образование и супруге. И на третьем курсе он помог жене поступить в Казанский медицинский институт. Начинается весёлая семейная студенческая жизнь. «Это были самые счастливые годы нашей жизни», - вспоминает его жена ИльсиярГаязовна. Но ведь дома остались два сына, им пора в первый класс. Вот и сыновья в Казани. Так как между ними небольшая разница, они оба идут в первый класс. К этому времени от ран, полученных на войне, умирает отец. Мать остается дома одна. Она держит коз, выполняет работы от общества слепых. Всеми силами помогает детям и внукам продолжать учёбу, ведь молодая семья снимает квартиру.

Говорят, беда никогда не приходит одна. Семью настигает несчастье. В доме, где жила семья Юнусовых, возник пожар и огонь перекинулся на их квартиру. Два студента с двумя детьми остались на улице почти без ничего. Но нашлись добрые люди - однокурсы, которые помогли, чем могли. Оказалось, что Рашид остался ещё и без обуви. Тут один дядя снял свои кирзовые сапоги и отдал Рашиду. Он очень обрадовался и стал ходить в институт в кирзовых сапогах!

Преодолев трудности и получив высшее образование, Рашид Юнусов возвращается в свое село. Начинает работать педиатром. Вскоре его назначают главным врачом Каргалинской участковой больницы. Сейчас их называют земскими врачами. А тут, окончив учёбу и получив диплом врача-стоматолога, вернулась и супруга. Молодые специалисты, держась рука об руку, начинают лечить своих односельчан. Очень скоро они становятся уважаемыми людьми села.

Жизнь начинает налаживаться. В семье пополнение, рождается дочь. На плечах главного врача теперь и нужды больницы: нужен ремонт, новое оборудование, пристрой. Нужна помощь сверху. С такими планами Рашид Абдуллович направляется к главному врачу Чистопольского района. Главный врач, выслушав его, обещает помочь. Начинается строительство. Первым в районе Рашиду Абдулловичу присваивается звание «врач высшей категории». Он - депутат сельского совета, позже - депутат районного совета. Он часто выступает по местному радио, на родительских собраниях, регулярно посещает детские учреждения. Нет конца и края делам, которые ждут его.

Для решения одной из очередных проблем больницы, он без шофёра выезжает в путь. «Ты пока отдохай, друг, мы с тобой ещё много проедем», - сказал он шофёру, сажась за руль. Но с этой поездки он не вернулся живым, смерть ждала его на дороге. Это было лето 1993 года.

На похороны отца вернулись два солдата из армии. Может быть они в этот момент дали себе слово, что продолжат дело отца и станут медиками. После армии они оба закончили Чистопольское медицинское училище. Но в силу обстоятельств они стали людьми другой профессии.

А за дело мужа взялась жена. Она возглавила больницу, осуществляла все планы любимого мужа. В больнице сделан ремонт, куплено оборудование, сделан пристрой, где в настоящее время расположен физкабинет со всем нужным оборудованием. Принят на работу новый специалист - невропатолог. Одним словом все трудности позади, только работать и работать. Но изменились времена, каждый день медиков постигают сокращения. Больница пустует, нет необходимых медикаментов для лечения больных. Спрашивается: за что старались люди ценой своей жизни?

Но жители села Каргали очень гордятся, что в их селе жил и работал такой замечательный человек. Односельчане, уважающие Рашида Абдулловича, часто вспоминают его: «Ты ведь ещё должен был жить! Ты нужен нам!»

БИОГРАФИЯ БАЕВА АЛЕКСАНДРА АЛЕКСАНДРОВИЧА

**Пермитина Ю., МБОУ СОШ № 29 г.Йошар-Олы, Республики Марий Эл
Руководитель - Михеева В.В., учитель биологии**

Выдающийся ученый в области биохимии, молекулярной биологии и генетической инженерии, академик АН СССР. Первый в СССР и один из первых в мире осуществил структурно-функциональное изучение нуклеиновых кислот (РНК и ДНК) и участвовал в выделении и изучении гормона роста человека.

Родился 10 января 1904 г. в Чите. Отец - А.А.Баев. Мать - М.А. Баева. В 1912 переехал в Казань, где жил в семье деда. В 1921 Александр Баев окончил среднюю школу. Поступил в Казанский университет на физико-математическое отделение, но через год перевелся на медицинский. Баев успешно окончил университет в 1927 г. 1930 г. поступил в аспирантуру на кафедре биохимии Казанского медицинского института. В 1935 г. переехал в Москву, чтобы продолжить работу в Институте биохимии АН СССР..

30 апреля 1937 г. Баева арестовали по обвинению в контрреволюционной деятельности. 19 сентября 1937 решением ВКВС СССР был приговорен к тюремному заключению сроком на 10 лет с поражением политических прав на 5 лет. Был отправлен в Норильск. В 1944 г. женился на Е.В. Косякиной. 30 апреля 1944 досрочно освобожден. В июне 1946 получил разре-

шение на поездку в Ленинград, где защитил диссертацию в Институте физиологии у Л.А.Орбели. Вторично был арестован 28 февраля 1949 в Сыктывкаре. 25 мая постановлением ОСО при МГБ СССР приговоривался «навечно» в Сибирь. Был реабилитирован 11 сентября 1957. В 1959 в Институте радиационной физико-химической биологии Баев получил должность старшего научного сотрудника, затем стал заведующий лабораторией, потом отделом, и советником. В 1967 добился значительного успеха, расшифровав первичную структуру валиновой РНК 1. За эти исследования Баеву в 1969 г. была присуждена Государственная премия СССР. В 1964 Баев вступил в КПСС. В 1967 Александр Баев – становится доктором биологических наук, а в 1970 академиком Академии наук СССР. В 1976–1979 годах являлся президентом международного биохимического союза, а с 1988- председателем Научного совета программы «Геном человека». В 1971-1980 г.г. являлся профессором филиала биологического факультета Московского Государственного Университета в Пущино. В 1981 Баеву присуждено звание Героя Социалистического труда.

Александр Александрович Баев умер 31 декабря 1994. Похоронен в Москве на Кунцевском кладбище.

ЗИГАНГАРЕЕВА ГАДИЛЯ ЗИННАТУЛЛОВНА – ВЫДАЮЩИЙСЯ ВРАЧ – ВЫПУСКНИК КГМИ

**Устинова М.А., МБОУ Лицей № 35 Нижнекамского муниципального района РТ
Руководитель – Хужанбердиева Ч.Т., учитель татарского языка и литературы**

Зигангареева Гадия Зиннатулловна родилась 2 мая 1940 года в деревне Нижний Арбаш Кукморского района Татарской АССР. В 1957 году она закончила Таканышскую среднюю школу с серебряной медалью и поступила на педиатрический факультет Казанского государственного медицинского института. Первым преподавателем в ВУЗе была Фёдорова Мария Владимировна. В 1963 году, получив диплом и выйдя замуж, уехала в город Новокуйбышевск Куйбышевской области. С января 1966 года её семья переезжает в Нижнекамск, где они живут и работают по настоящее время. Зигангареева Г.З. работает врачом-педиатром педиатрического отделения ГАУЗ "Детская городская больница с перинатальным центром" в городе Нижнекамск. Стаж её работы 50 лет. У Гадии Зиннатулловны много печатных работ в Нижнекамском медицинском журнале, материалах городских, республиканских и международных конференций и симпозиумов по педиатрии. За свою 50-летнюю педиатрическую деятельность Заслуженный врач Республики Татарстан, врач высшей квалификационной категории Гадия Зиннатулловна Зигангареева заслужила много грамот, дипломов и благодарственных писем такие как, медаль "За трудовую доблесть" (1986 год); Почётная грамота Министерства здравоохранения Республики Татарстан (1990 год); Почётное звание "Заслуженный врач Республики Татарстан" (1992 год); Почётная грамота детской городской больницы (1997 год); Лауреат премии "Призвание" Управления здравоохранения города Нижнекамска в номинации "За верность профессии" (2006 год); Почётная грамота Министерства здравоохранения Республики Татарстан (2010 год); а в 2011 год Почётную грамоту Союза педиатров России ей лично вручил Председатель Исполкома Союза педиатров России, директор Научного центра здоровья детей РАМН академик Александр Баранов в Казани во время Международной научно-практической конференции по проблемам здоровья детей.

Гадия Зиннатулловна - это поистине легенда здравоохранения нашего города, одна из самых уважаемых и востребованных до сегодняшнего дня врачей. Дети пошли по стопам матери: старшая дочь Гузель работает в той же больнице заместителем главного врача по организационно-методической работе. Младшая Гульназ - кандидат медицинских наук - работает начальником отдела медицинской экспертизы ООО "СК" АК БАРС-Мед".

НИКОЛАЙ ИВАНОВИЧ СТУДЕНСКИЙ

**Савина А., Лицей № 116 г. Казани
Руководитель - Салихова Е.Р., учитель истории и обществознания**

Студенский Николай Иванович прожил яркую, но такую короткую жизнь! Сорок семь лет было отмерено ему, но какой мерой – самой полной! Вчитываясь в строки его биографии невозможно не проникнуться уважением к его кипучей энергии, большой инициативности, оригинальности мышления и прогрессивности.

Профессор хирургии в Казанском университете, Студенский родился в 1845 г. в семье священника. Среднее образование он получил в Пензенской духовной семинарии, курсы которой окончил в 1864 г. и вслед за тем поступил было в Казанскую духовную академию, но в том же году перешел в Казанский императорский университет. Этот радикальный поворот от «духа» к «телу» закономерен для интеллигенции 60-х годов 19 века. Общая тенденция российской интеллигенции того периода такова, что с преодолением идеализма и натурфилософских взглядов в естествознании, человек виделся существом, лишенным дуализма: «Физиология и медицина находят, что человеческий организм есть очень сложная химическая комбинация, находящаяся в очень сложном процессе, называемом жизнью. Наблюдениями физиологов, зоологов и медиков отстранена всякая мысль о дуализме человека. Философия видит в нем то, что видят медицина, физиология, химия. Эти науки показывают, что никакого дуализма в человеке нет» (Н.Г.Чернышевский).

По окончании курса в Казанском университете со званиями лекаря и уездного врача в 1869 г., Студенский до осени 1874 г. был ординатором хирургического отделения госпитальной клиники города Казани. Считаю необходимым особенно уделить внимание его деятельности в качестве преподавателя в земской фельдшерской школе. Фельдшеры – это средний медицинский персонал, который, тем не менее, составлял основной кадровый состав медицинского персонала на селе. Возвращаясь к корням Н.И.Студенского, мы можем с уверенностью сказать, что священник и фельдшер – были единственными спасителями для простого человека и Николай Иванович понимал это как никто другой. В пореформенный период Россия продолжала оставаться аграрной страной, где крестьянство переживало процесс обезземеливания. Выплаты платежей, недоимок, изнурительный труд приводили массу крестьян к нищете. Удельный вес зажиточных хозяйств в Казанской губернии к концу 19 века едва превышал 10 процентов. Нищая деревня с экстенсивным производством была беззащитна перед лицом недородов, неурожая. Неурожай в Казанской губернии 1887-78, 1891, 1898 годов вынуждал крестьян питаться лебедой, крапивой, желудями, мхом. Голоду сопутствовали эпидемии холеры и тифа. Вымирали целые деревни. Бедственным было положение и среди большей части рабочего класса. Фельдшер - его знания, универсальные навыки (от родовспомогательных до хирургических) – зачастую были единственной возможностью выжить. Фельдшер-же проводил и разъяснительную деятельность по гигиеническим навыкам у крестьян и рабочих. Благородный (но малоблагодарный) труд высоко ценился медиками. Поэтому Студенский и

составил «Руководство по хирургии для фельдшеров», выдержавшее 6 изданий, стараясь передать свой практический опыт в доступной форме.

В 1873 г. Н. И. Студенский защитил диссертацию «К учению об образовании мочевых камней» за что и получил степень доктора медицины. После этого ненадолго ездил за границу с научной целью. 8 июня 1874 г. он был удостоен звания приват-доцента десмургии и ортопедии в Казанском университете, а в августе 1876 г. избран штатным доцентом по той же кафедре. Осенью 1876 г. был командирован на театр славяно-турецкой войны, пробыл 6 месяцев в Сербии и напечатал работу «Организация казанского санитарного отряда в Сербии», а в 1877—1878 гг. находился при действовавшей Балканской армии, работал в военно-временных госпиталях Румынии. Работа на переднем крае, в условиях войны, стала следующим этапом его медицинской деятельности. В таких условиях раскрывается весь человек, а его профессиональные качества проходят проверку на «высшую пробу». Студенский ее получил из уст выдающегося хирурга Н.И.Пирогова, с кем ему пришлось работать: «Из профессоров хирургии, отличавшихся своей деятельностью в эту войну на общую пользу, должно признать профессора Л. Л. Левшина и доцента Н. И. Студенского (оба из Казанского Университета), трудившихся с самого начала войны» (Н. И. Пирогов «Военно-врачебное дело и частная помощь на войны в Болгарии...»)!. В условиях войны медики вынуждены оптимизировать способы своей работы, так как цель одна – обеспечить максимум возвращения в строй пострадавших, добиться минимума летальных исходов. Разнообразие боевых ранений вынуждало экспериментировать врачей, что и движет науку вперед.

Являясь горячим сторонником антисептического лечения ран, Студенский один из первых ввел в Казани антисептику (ее применял и Л.Л.Левшин), а в своей работе на войне довольно близко подошел к мысли о первичной обработке огнестрельной раны в виде ее debridement. С целью выяснить сравнительное достоинство антисептических средств, наиболее употребительных в хирургии, он в дальнейшем предпринял экспериментальное исследование. На первое место он ставит карболовую кислоту и хлористый цинк. Учитывая неудачные исходы при лечении ранений с помощью листеровской повязки, наблюдавшиеся на войне, Н. И. Студенский заметил, что это не может умалить значение повязки доказанное клинически и вполне подтвержденное экспериментально. Несомненно, что, благодаря трудам Н. И. Студенского, как и ряда других наших хирургов, участвовавших в войнах 70-х годов позапрошлого столетия, антисептика впервые нашла применение в более или менее широких размерах на театре военных действий и завоевала прочные позиции в практике мирного времени.

В октябре 1881 г. он баллотировался в экстраординарные профессора по кафедре теоретической хирургии, но избран не был и ушел из университета; однако, уже в следующем году вновь начал читать лекции в качестве приват-доцента десмургии и ортопедии, а несколько позже и оперативную хирургию

В 1885 г. в Петербурге был издан «Курс ортопедии, читанный студентам-медикам III курса императорского Казанского университета доцентом Н. Студенским» — 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, так как ее прошлый руководитель – Л.Л.Левшин переведен в Москву. Он взялся, прежде всего, за переустройство клиники; устроил обширную аудиторию, открыл «две прекрасные операционные комнаты». Огромное значение придавал ученый ведению историй болезни, причем требовал, чтобы описание картины болезни было совершенно объективным и подробным.

В 1890-х годах Н.И.Студенский и В.М.Бехтерев в Казани впервые выполняли операции на головном мозге. Студенский первым в Казани начал вводить местную анестезию, пользуясь кокаином «кенедолом».

Умер Н. И. Студенский в Казани 17 сентября 1891 г. в возрасте 47 лет. На похоронах ученого выступил с очень теплой и проникновенной речью его ученик, выдающийся русский хирург, профессор В. И. Разумовский. «Студенский был одним из первых русских хирургов, публиковавшихся в иностранной прессе, одним из пионеров, укрепляющих веру в молодую русскую науку». Он так же отметил, что Н. И. Студенский как ученый развивался под влиянием идей известных демократов-просветителей Казани 60-х гг. 19 в., 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. Студенский оставил заметный след в отечественной хирургии.

ЛЕВ ЛЬВОВИЧ ЛЕВШИН (1842-1911)

**Мцаришвили Н., МБОУ Лицей № 116
Руководитель - Салихова Е.Р., учитель истории и обществознания**

Предметом данного исследования стала деятельность известного хирурга Льва Львовича Левшина. Его именем не названы улицы, учебные заведения или стипендии. Однако этот врач сквозь всю жизнь пронес свою мировоззренческую позицию: «Работа не на себя, а для других, исключительно для других». Такая самозабвенная преданность выбранной профессии, бессеребренничество было характерно для интеллигенции России второй половины 19 века, в том числе и Казанского императорского университета. Реформы Александра Второго охватили практически все стороны жизни общества российской империи. Освобождение крестьян от крепостной зависимости, судебная реформа, военная реформа, новшества в образовательной системе, реформа земского самоуправления - эти либеральные шаги самодержавной власти позволили надеяться на то, что перемены станут неотъемлемой частью жизни России навсегда. Творческий подъем и благородное стремление служить на благо человека в широком смысле слова, не разделяя никого на сословия «более важные» и «менее важные», особенно проявился в деятельности врачей кафедры госпитальной хирургии медицинского факультета Казанского императорского Университета, которая была открыта в 1860 году. Работающая изначально на базе «больницы приказа общественного призрения», а в дальнейшем - при губернской земской больнице – она стала кузницей кадров молодых выдающихся хирургов на протяжении десятилетий (ныне она представлена кафедрой хирургических болезней № 1 КГМУ).

Л.Л.Левшин в 1866г. с золотой медалью окончил Петербургскую медико-хирургическую академию. В 1874–1893 гг. работал на медицинском факультете Казанского императорского Университета: экстраординарный профессор кафедры теоретической хирургии (1874–1881); экстраординарный (1881–1885), ординарный (1885–1887) профессор кафедры госпитальной хирургической клиники и директор госпитальной хирургической клиники (1881– 1887); ординарный профессор кафедры факультетской хирургической клиники и директор факультетской хирургической клиники (1887–1893), декан медицинского факультета. Такой стремительный подъем по карьерной лестнице свидетельствовал о недоюжинном таланте Левшина. Современники его считали не просто искусным хирургом и талантливым педагогом, но и большим энтузиастом хирургии, в корне преобразовавшим состояние клиники. Левшин - один из ведущих специалистов по устройству и оборудованию хирургических клиник, основоположников антисептики в России.

Антисептический метод лечения ран, изобретенный Листером и совершивший коренной перелом в истории хирургии, очень быстро совершил триумфальное шествие по клиникам и госпиталям Европы и Америки. В 70-х гг. 19 в. Л.Л.Левшин первым в России разработал комплексную методику внедрения антисептики в хирургическую практику и успешно реализовал ее в руководимых им клиниках. Известно, что еще в 1860-х годах листеровский метод антисептики уже был известен Пирогову Н.И., но он все же не стал его применять в своей практике, пытаясь по-своему разрешить проблему нагноения ран. Историки медицины единодушны в утверждениях, что именно Казань стала «проводником асептики еще в то время, когда ее не существовало ни в Петербурге, ни в Москве» (!). Дело в том, что Левшин был хорошо знаком с Пироговым, они вместе участвовали в русско-турецкой войне 1877-78 годов. В своей работе «Военно-врачебное дело и частная помощь на театре войны в Болгарии и в тылу действующей армии» Н.И.Пирогов писал: «...из профессоров-хирургов, отличившихся своей деятельностью в эту войну на общую пользу, должно признать профессора Левшина и доцента Студенского (оба из Казанского Университета), трудившихся с самого начала войны».

Как ученый он посвятил свои научные исследования очень многим проблемам: процессов окостенения, рахита, проблемам черепно-мозговых травм, особенности раневой баллистики при проникающих ранениях черепа, предложил хирургическую тактику при таких ранениях. Описал морфологические особенности и клинко-морфологические характеристики диффузного ушиба мозгового вещества при раневых повреждениях. Внес вклад в разработку проблем военно-полевой хирургии, лечения и эвакуации раненых. Активно продвигал идею о консервативных методах лечения, особенно когда вставал вопрос об ампутации. Л.Л.Левшин был одним из первых инициаторов статистического изучения онкологических заболеваний. Одним из первых в России он сделал в Казани операции по удалению опухолей брюшной полости и таза. Онкология еще не вышла на тот статистический рубеж, чтобы называться «болезнью века», но во все времена она демонстрировала свое коварство и неизбежность летального исхода для больного. Поэтому неудивительно, что Левшин так заинтересовался этим направлением, он не просто изучал опухоли, а искал способы бороться с ними. И как показывает его дальнейшая профессиональная деятельность, именно в этой области медицины он добился значительных результатов. В 1893 году Лев Львович Левшин переехал в Москву и возглавил кафедру госпитальной хирургии в Московском университете. Продолжая активно исследовать опухоли, он стал инициатором создания первого в России специального института для лечения раковых заболеваний, директором которого он оставался до конца жизни. Его учениками были профессора В. М. Зыков, С.И. Спасокукоцкий, П. Д. Соловов, А.Г. Русанов. Ныне этот институт известен как ФГУ Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А.Герцена.

Л.Л.Левшин был активным общественным деятелем. Он состоял одновременно действительным членом Казанского общества врачей, Казанского военно-санитарного общества, членом-учредителем съездов российских хирургов, совещательным членом военно-медицинского ученого комитета. В период народных бедствий, вызванных неурожаем или болезнями, он организовывал медицинские и питательные пункты для пострадавшего населения.

Личность Льва Львовича Левшина примечательна тем, что все грани его таланта нашли отражение в медицинской профессии – искусный хирург, неутомимый исследователь, общественный деятель, талантливый лектор, преподаватель. Левшин создал свою медицинскую школу. Личный пример – есть лучший способ воспитания. О чем мы и имеем возможность прочитать в воспоминаниях благодарных учеников – выдающихся русских хирургов-профессоров Н.А.Герцена, В.И.Разумовского, С.И.Спасокукоцкого и др.).

АЛЕКСАНДР ВАСИЛЬЕВИЧ ВИШНЕВСКИЙ

**Широпатина И., Габдуллина К., МБОУ «Лицей № 116» г. Казани
Руководитель - Салихова Е.Р., учитель истории и обществознания**

Одна из центральных улиц нашего города носит имя академика Александра Васильевича Вишневого. Первая Академическая – была переименована в улицу Вишневого в 1949 году. Имя ученого с 1936 года носит хирургическая клиника Казанского медицинского университета, в которой создана мемориальная комната. На здании 6-й городской клинической больницы установлен барельеф Александра Васильевича. На углу улиц Толстого и Бутлерова, рядом с клиникой, носящей его имя, установлен бюст хирурга Вишневого. В Москве бюст установлен перед институтом его имени. В Национальном музее РТ проходит выставка, посвященная вкладу Татарстана в победу в Великой Отечественной войне и заметное место там занимают экспонаты, посвященные врачам и препарату, чье действие буквально спасало раненых. Как много связано в нашем городе с этим человеком! Сделав предметом своего исследования деятельность хирурга А.В.Вишневого, мы открыли для себя интересные страницы истории отечественной медицины.

А. В. Вишневецкий родился 23 августа (4 сентября) 1874 года в дагестанском селе Новоалександровка (ныне село Нижний ЧирюртКизилюртовского районаДагестана). В 1899 году окончил медицинский факультет Казанского университета. Это были сложные времена нашей истории. Царь Николай Второй пятый год на престоле, а в обществе нарастают оппозиционные настроения. Либералы, консерваторы, социалисты – ищут пути развития страны – споры, дебаты, прения... Казанский университет, где в то время состоял медицинский факультет всегда был центром свободомыслия. Долгие годы общественность восхищалась поступком заведующего кафедрой физиологической анатомии П.Ф.Лесгафта, который открыто выразил свое несогласие с попытками чиновников превратить Казанский Университет «в покорную гимназию или скорее в канцелярию послушных чиновников». Помимо активного участия в общественно-политической жизни города и страны, Казанский Университет, и в частности Медицинский факультет всегда отличался поисками и открытостью ко всему передовому в медицине, самозабвенной преданности врачей своей профессии. Мы исследовали множество источников и можем сделать вывод: профессия врача – это призвание. На рубеже 19-20 веков она не могла принести сразу начинающему врачу материальное благосостояние. Вся работа была направлена на служение (!), наращиванию богатой практике в земской больнице. Жизненный путь А.В.Вишневого – тому пример. В ноябре 1903 году, спустя 4 года после окончания Университета, защитил докторскую диссертацию. Вишневецкий проводил исследования в области хирургии желчных путей, мочевой системы, грудной полости, а также нейрохирургии, хирургии военных повреждений и гнойных процессов. Важнейшей вехой в формировании его как научного работника стала выполненная в физиологической лаборатории профессора Н. А. Миславского докторская диссертация «К вопросу о периферической иннервации прямой кишки» (1903). Наряду с Н. И. Бурденко и В. И. Разумовским, А. В. Вишневецкий является основоположником отечественной нейрохирургии. Еще в 1910 году он начал работать консультантом-хирургом в клинике нервных болезней Казанского университета, возглавляемой выдающимся отечественным невропатологом Л.О. Даркшевичем.

С 1914 по 1926 годы Вишневский руководил кафедрой хирургических болезней, он практически создал хирургическую школу с физиологическим направлением. Он трижды бывал за границей с целью обучения, стажировки, усовершенствования. Для этого был в клиниках Германии, Франции.

Он разработал самый известный метод обезболивания — новокаиновую блокаду, местную анестезию по методу ползучего инфильтрата.

Масляно-бальзамическая повязка, ныне известная как мазь, предложенная Вишневским в 1927 году, применяется с успехом для лечения ран и сегодня. Новые методы обезболивания и лечения ран, предложенные Вишневским, сыграли огромную роль во время Великой Отечественной войны, спасли тысячи советских воинов. Мазь Вишневского — это популярное лекарственное средство широкого спектра действия. В ее состав входит касторовое масло, деготь и ксероформ. Все три ингредиента обладают антисептическими свойствами, кроме того, каждое из них имеет дополнительные качества, способствующие ускорению лечения. Например, деготь стимулирует деятельность нервных окончаний, ксероформ обладает подсушивающим эффектом, а касторовое масло — смягчающим действием, благодаря чему лекарственный препарат лучше проникает внутрь кожи. Лечебные свойства всех трех компонентов, входящих в ее состав, обуславливают область применения мази Вишневского. Этот бальзамический линимент обладает антисептическим действием, способен регенерировать ткани при пролежнях, обморожениях и ожогах, мазь Вишневского помогает коже при угревых высыпаниях, и борется с инфекционными агентами. Созданная еще во времена во времена Второй Мировой Войны, мазь Вишневского очень эффективным и абсолютно безвредным лекарственным средством. Фармакологическое название этого средства — «Линимент бальзамический по Вишневскому». В наше время доктора, увлекшись новыми антибиотиками, назначают мазь Вишневского не так часто, как хотелось бы. Но в домашних условиях она по-прежнему незаменима. С одной стороны, она помогает при множестве болезней, а с другой, неспособна причинить серьезного вреда.

В 1934 году А.В. Вишневский переехал в Москву, а в Казани он оставил целую плеяду своих учеников, целую хирургическую школу.

За год до смерти А. В. Вишневский основал Московский институт хирургии АМН СССР (с 1948 года клиника носит его имя). С 1923 по 1934 год Вишневским было опубликовано около 40 научных работ, в том числе монографии, ставшие классикой в медицине. В 1943 году за выдающиеся заслуги в области хирургии Александр Васильевич был награжден орденом Трудового Красного Знамени, а в 1944 году — орденом Ленина. Кстати, одним из лучших учеников Александра Васильевича стал его сын — Александр Александрович, тоже хирург.

Вишневский скончался 13 ноября 1948 года.

А.В. Вишневский — признанный классик советской хирургии — о его жизненном пути можно сказать словами П.В. Лесгафта: «Смысл жизни — труд, работа не на себя, а для других, только эта сторона человека, совершаясь поколениями, ведет к бесконечному совершенствованию человеком личности».

АДАМЮК ЕМИЛИАН ВАЛЕНТИНОВИЧ

**Сафарова Ш., МБОУ «Лицей № 116» г. Казани
Руководитель - Салихова Е.Р., учитель истории и обществознания**

Небольшая улочка в центре нашего города. Несколько сотен метров — это не площадь и не бульвар. Но имя человека, которым названа улица — остается в памяти потомков. Может ли быть история несправедлива к своим героям? Мы думаем, что нет, но люди — могут. Поэтому с большим интересом нами была исследована биография выдающегося врача-офтальмолога, основателя Казанской школы офтальмологов, организатора первой в мире офтальмологической клиники Емилиана Валентиевича Адамюка. Будучи знаменитым профессором-«глазником», к которому стекались люди со всего Поволжья он жил по улице Жуковского, в доме № 18. Возможно, что фактическая близость этих улиц и стало причиной именованной в честь Адамюка эту скромную улочку.

Адамюк Е.В. связал свою жизнь с Казанью в 1858 году, когда 19-летним юношей приехал поступать в Императорский университет из города Бельска Гродненской губернии. Первый год он учился на филологическом факультете, а через год перевелся на медицинский, который окончил в 1863 году со званием докторанта и уездного врача. Практическую медицину он осваивал в госпитальной хирургической клинике на базе земской больницы, где преимущественно работал в глазном отделении. Общеизвестно, что Казанский университет был задуман не только как высшее учебное заведение, но и как научный, культурный и общественный центр. Настоящим форпостом передовых идей стал медицинский факультет, созданный с первых лет существования Казанского университета. Сменяли друг друга императоры, приходили и уходили ректоры, но дух Университета оставался все тем же. В период учебы Е.В. Адамюка на медицинском факультете, ректором был А.М. Бутлеров (1860 – 1863 гг.), будучи ученым-химиком, он продолжил традиции своего предшественника — выдающегося математика Н.И. Лобачевского (ректор в 1827 – 1846 гг.) — предоставлять возможности для экспериментальной деятельности ученых в разных областях, способствовать формированию научных школ, держать в фокусе мировые прогрессивные тенденции. В контексте этих традиций в Казанском университете была создана в 1863 году самостоятельная кафедра глазных болезней, но преподавание на ней велось сугубо теоретическое, т.к. специальной глазной клиники не существовало, пациенты с заболеваниями глаз лежали в хирургической клинике, и их попечение было в основном на молодом ординаторе Емилиане Адамюке. Заведующими кафедры госпитальной хирургии в тот период были (сменяя друг-друга) А.Н. Бекетов и М.В. Никольский. И тот и другой скептически относились к антисептике по методу Листера, что суживало возможности оперативных вмешательств, в связи с чем количество гнойно-септических осложнений было чрезвычайно велико. Работа в земской клинике предполагала возможность разнообразной врачебной практики, которая выливалась в научные гипотезы. В 1866 году Е.В. Адамюк опубликовал результаты первых экспериментальных исследований о внутриглазном давлении, а в 1867 году защитил диссертацию на степень доктора медицины «К учению о внутриглазном кровообращении и давлении». В 1868 году Адамюк уезжает на двухгодичную стажировку за границу. Побывав в клиниках Германии, Австрии и Франции, и благодаря полученному там опыту, он смог основать в 1870 году Казанскую офтальмологическую клинику.

Так же в 1870-й году был избран доцентом, а затем и профессором кафедры глазных болезней. Благодаря многочисленным трудам Адамюка, которые были посвящены офтальмологии, Казань становится центром подготовки врачей-офтальмологов для Поволжья, Сибири, Дальнего Востока. Адамюк стал известен не только в Казани, но и далеко за ее пределами. Из воспоминаний современников известен факт, что к нему привозили маленького Володю Ульянова, так как левый глаз у него видел много хуже, чем правый.

Долгие годы он являлся членом попечительского Совета для слепых города Казани, а когда избирался гласным городской Думы, добивался улучшения санитарно-гигиенических условий жизни казанцев, школьного дела.

Из школы Адамюка вышли такие видные ученые как профессора А.Г.Агабабов, В.В.Чирковский, К.Х.Орлов, В.Е.Адамюк и др.

Похоронен Е.В.Адамюк на Арском кладбище.

ЕМИЛИАН ВАЛЕНТИНОВИЧ АДАМЮК – ОСНОВОПОЛОЖНИК ШКОЛЫ ОФТАЛЬМОЛОГИИ

Зарипов Р.И., МБОУ «Лицей № 116» г.Казани

Руководитель - Щукина Т.В., ведущий учитель химии МБОУ «Лицей № 116» г. Казани

Эмилиян Валентиевич Адамюк родился в 1839 году в семье крестьянина. Среднее образование получил в Белостокской гимназии, по окончании которой в 1858 г. поступил в КУ на филологический факультет, а через год перевелся на медицинский факультет.

В 1863 г., окончил университет со званием докторанта и уездного врача. В 1865 году защитил докторскую диссертацию и был назначен ассистентом при глазном отделении Казанского университета. С 1871 года – профессор и заведующий кафедрой глазных болезней (преподавал до 1901 года). В 1866 г. Е. В. публикует результаты своих первых экспериментальных исследований «О влиянии симпатического нерва на внутриглазное давление» и «Манометрическое определение внутриглазного давления».

В 1870 году открыл глазную клинику медицинского факультета Казанского университета. Он является основателем казанской школы офтальмологии. Будучи одним из основоположников отечественной офтальмологии, опубликовал более 100 работ по внутриглазному кровообращению и давлению. Указанная концепция не потеряла своей научной значимости до настоящего времени.

Многообразной и активной была его общественная деятельность. Будучи в течение многих лет гласным думы, он настойчиво добивался улучшения санитарно-гигиенических условий жизни горожан. С 1871 по 1874 г.г. был секретарь медицинского факультета казанского университета. Е.В.Адамюк известен как блестящий педагог и основал одну из наиболее крупных школ русских офтальмологов. Его учениками являются А.Г. Агабабов, В.В. Чирковский, К.Х. Орлов, В.Е. Адамюк, В.П. Иванов, И.И. Чистяков, которые стали крупными учеными, родоначальниками самостоятельных направлений в офтальмологии.

Медицинский факультет КУ высоко оценил врачебную и научно-педагогическую деятельность профессора Е.В.Адамюка. Осенью 1900 г. здоровье Е.В. пошатнулось, и он передал заведование клиникой А.Г. Агабабову, но до самой смерти не переставал интересоваться наукой и больными. Умер в 1906 году. Похоронен на Арском кладбище в Казани

В центре Казани есть улица его имени, на ней находится всего один дом.

ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКАЯ И ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ ШКОЛА КАЗАНИ

Гильфанов А.Р., МБОУ Лицей № 116 г. Казани

Руководитель - Щукина Т.В., учитель химии МБОУ «Лицей № 116» г. Казани

Известно, что в течение многих лет травматология и ортопедия были одними из основных ветвей хирургии.

Самостоятельным разделом ортопедия и травматология в нашей республике стали благодаря вкладу Н.И.Студенского. В 1885 г. им было издано учебное пособие «Курс ортопедии» - первое отечественное руководство по этой специальности. В дальнейшем свое развитие ортопедия и травматология получили в трудах профессоров Казанского университета: В.И.Кузьмина, который в первые в мире применил фиксацию отломков костей металлическими стержнями, В.И.Разумовского прославившегося своими трудами по изучению нервной трофики костей и суставов.

Широкое развитие ортопедо-травмотологическая служба республики получила во время ВОВ. В соответствии с постановлением Совнаркома СССР от 29 августа 1945 г. в Казани был организован институт ортопедии и восстановительной хирургии на 300 коек.

В конце 1967 года приказом ректора Казанского государственного медицинского института была организована кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии. Базой для новой кафедры стала незадолго перед этим открытая многопрофильная 15-я городская больница (ныне больница скорой медицинской помощи № 1 г. Казани).

С 1999 году кафедру возглавил профессор И.Ф. Ахтямов, автор более 150 научных публикаций и 60 патентов на изобретения.

В настоящее время травматологический центр г. Казани находится в РКБ.

Уникальность травматологического центра состоит в том, что на одной базе обеспечено единство науки, практики и образования. Здесь имеется стационар на 250 коек, научные подразделения центра, кафедра травматологии и ортопедии Казанской медицинской академии. В стенах учреждения трудятся 7 докторов наук, в т.ч. 3 профессора и 1 член-корреспондент АН РТ и 33 кандидата наук, 9 заслуженных врачей РТ и свыше 30 врачей высшей квалификационной категории.

За все существование история травматологии предоставила нам огромное количество открытий и достижений. В наше время травматология - сильная и многогранная наука, сочетающая в себе рвение и энергию людей, посвятивших ей всю свою жизнь.

ВЫДАЮЩИЙСЯ РУССКИЙ УЧЕНЫЙ ЗИГАНШИН АЙРАТ УСМАНОВИЧ

Файзрахманов И.Р., МБОУ Лицей № 116 г. Казани

Руководитель - Щукина Т.В., учитель химии МБОУ «Лицей № 116» г. Казани

Зиганшин Айрат Усманович, выпускник школы № 116 (ныне лицей № 116).

Зиганшин Айрат Усманович, Российский учёный, доктор медицинских наук, профессор КГМУ, заслуженный деятель науки Республики Татарстан, заведующий кафедрой фармакологии фармацевтического факультета, проректор по международной деятельности Казанского государственного медицинского университета.

Айрат Усманович, родился 1 января 1960 года в селе Большая Атна Арского района Татарской АССР в семье учителя, Зиганшиной Закии Закировой и агронома, Зиганшина Усмана Шагиевича. Уже с детства он отличался трудолюбием и любовью к учебе, с отличием окончил среднюю школу № 116 города Казани. В 1977 году поступил на лечебно-профилактический факультет КГМИ. Все годы учился только на отлично. Со второго курса активно занимался научной работой на кафедре фармакологии под руководством профессора Студенцовой И.А. С результатами своих исследований выступал как на студенческих научных конференциях, так и в гг. Каунасе, Киеве, Одессе, Орджоникидзе. В течение четырех лет был Ленинским стипендиатом.

В 1983 году с отличием окончил КГМИ, получив диплом врача по специальности «Лечебное дело», и поступил в аспирантуру на кафедру фармакологии КГМИ.

В 1986 году успешно защитил кандидатскую диссертацию на тему «Влияние димефосфона и этилового эфира фосфоле- на на систему адениновых нуклеотидов».

В 1992 по 1995 год занимался научной работой в лаборатории профессора Джеффри Бернстока в Университетском колледже Лондона.

С 2004 года является заведующим кафедрой фармакологии фармацевтического факультета.

Зиганшин Айрат Усманович более 20 лет занимается вопросами фармакологии автономной нервной системы. Им создана научная школа, осуществляющая разносторонние исследования физиологической и патофизиологической роли P2-рецепторов в организме человека с целью создания новых лекарственных препаратов.

Айрат Усманович имеет много наград и премий, но, пожалуй, самое важное для преподавателя - это любовь и уважение его учеников, студентов. И поэтому званиями: «Лучший преподаватель КГМУ» и «Лучший лектор КГМУ» он может по праву гордиться!

ГОРДОСТЬ КАЗАНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ГАБИДУЛЛИНА РУШАНЯ ИСМАГИЛОВНА

Меренова А.С., МБОУ Лицей № 116г.Казани

Руководитель - Щукина Т.В., учитель химии МБОУ «Лицей № 116» г. Казани

Габидуллина Рушанья Исмагиловна, выпускница школы № 116 (ныне лицей № 116). Со школьных лет Рушанью Искан- доровну отличает целеустремленность, умение выделять главное, идти вперед к познанию нового.

Габидуллина Рушанья Исмагиловна 1967 года рождения, в 1991г. окончила Казанский государственный медицинский институт с красным дипломом по специальности «Педиатрия». В период обучения в аспирантуре дважды удостоена звания «Соросовский аспирант», награждена премией Правительства России. В 1996 году защитила кандидатскую диссертацию на тему: «Экспериментально-клиническое обоснование применения АИГ-лазера для биологической «сварки» тканей матки и ее серозного покрова».

С 1996 г. работала ассистентом, с 2005 г. – доцентом, а с 2011 года по настоящее время - профессор кафедры акушерства и гинекологии № 2 КГМУ. В 2004 году защищена диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук на тему: «Рубец на матке после кесарева сечения: хирургические и диагностические аспекты».

В рамках внедрения новых Федеральных государственных образовательных стандартов (ФГОС) разработала рабочие программы по акушерству и гинекологии для аспирантов, интернов и ординаторов. Имеет 8 учебно-методических пособий.

Прошла повышение квалификации по теме: «Внутренний аудитор системы менеджмента качества на основе стандартов ISO 9001:2008» и по приказу ректора является внутренним аудитором КГМУ. На кафедре отвечает за раздел «наука».

Габидуллина Р.И. активно занимается научно-исследовательской работой. Она является автором 102 научных публикаций, 4 патентов на изобретение. Совместно с профессором И.Ф.Фаткуллиным написан раздел «Вторичная анатомо-функциональная несостоятельность матки после операции кесарева сечения» в монографии: «Невынашивание беременности при анатомических и функциональных нарушениях репродуктивной системы». Активно участвует в работе и выступает с докладами на различных конференциях, конгрессах и съездах Российского и международного уровня.

ВЫДАЮЩИЙСЯ УЧЕНЫЙ МЕДИК РОССИИ БЛАШКОВА СВЕТЛАНА ЛЬВОВНА

Ишмаева Д.Р., МБОУ Лицей № 116г.Казани

Руководитель - Щукина Т.В., учитель химии МБОУ «Лицей № 116» г. Казани

Блашкова Светлана Львовна – выпускница школы № 116 (ныне лицей № 116).

Блашкова Светлана Львовна – доктор медицинских наук, заведующая кафедрой терапевтической стоматологии КГМУ. С 1974 по 1984 год училась в школе № 116. Блестяще окончив школу в 1984 году, поступает в Казанский государственный медицинский института им. С.В. Курашова на стоматологический факультет, который успешно окончила в 1989 году, получив диплом врач по специальности «Стоматология». Поступает в клиническую ординатуру под руководством профессора Г.Д. Овруцкого. В 1995 году защитила кандидатскую диссертацию на тему: «Влияние Ундоровской минеральной воды «Волжанка» и димефосфона на состояние пародонта у детей». Разработанная и предложенная С.Л. Блашковой методика лечения хронического катарального гингивита у детей с успехом применяется в ряде детских стоматологических поликлиник г.Казани.

В 2010 году С.Л. Блашкова защитила докторскую диссертацию на тему: «Разработка критериев качества патогенетической терапии хронического генерализованного пародонтита». С 2011г. Блашкова С.Л. доктором медицинских наук.

Основным направлением, разрабатываемым на кафедре, стала профилактика и лечение основных стоматологических заболеваний, изучение зависимости развития заболеваний пародонта от иммунобиологического состояния организма. Ею были предложены дифференцированные подходы в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита в зависимости от степени тяжести и состояния иммунной системы пациента. Особое внимание в своих работах она уделяет патогенезу заболеваний пародонта. Круг ее научных интересов включает вопросы изучения диагностики, профилактики, лечения и реабилитации заболеваний пародонта.

С.Л. Блашкова опубликовала около 150 научных работ, посвященных изучению патогенеза, клинической картины и лечению самых различных стоматологических заболеваний, в том числе она является автором 3 монографий. Она активно участвует

в работе Республиканских и Всероссийских научно-практических конференций, выступая с докладами на актуальные темы, участвует в международных конгрессах, мастер-классах и выставках.

ГОРДОСТЬ КАЗАНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА АМИРОВ АЙДАР НАИЛЕВИЧ

Асадуллин А.Н., МБОУ Лицей № 116г.Казани

Руководитель - Мухаметшина Т.Г., учитель химии МБОУ «Лицей № 116» г. Казани

Амиров Айдар Наилевич выпускник школы № 116 (ныне лицей № 116).

Родился в г.Казани. Окончил Казанский государственный медицинский университет, лечебный факультет (1996 г.), интернатуру по специальности "Хирургия" (1997 г.).

В 1997 - 2002 гг. работал главным врачом Медицинского центра "Третий глаз".

С 2002 г. - главный врач ГУЗ "Республиканская клиническая офтальмологическая больница МЗ РТ", главный офтальмолог республики.

С 2012 г. - заведующий кафедрой офтальмологии ГБОУ ДПО "Казанская государственная медицинская академия".

Главный внештатный офтальмолог Министерства здравоохранения Республики Татарстан. Депутат представительного органа муниципального образования "город Казань" по Кремлевскому округу.

Кандидат медицинских наук, врач высшей квалификационной категории.

Только за последние 2 года республиканские офтальмологи освоили ряд технологий и методик лечения, позволяющих помогать людям, у которых раньше фактически не было шансов вернуть или сохранить зрение. О том, как в медицину приходят новые технологии, почему в республике катастрофически не хватает специалистов, и о готовности наших офтальмологов конкурировать на международном рынке TatCenter.ru рассказал главный врач Республиканской клинической офтальмологической больницы Айдар Амиров.

Несколько лет Айдар Наилевич ходил по всем инстанциям в Москве, пробивая лицензию на право пересадки роговицы. Настоящий прорыв в офтальмологии – несколько десятков операций проведено по пересадки роговицы. Среди технологий прорывного характера стоит назвать витреоретинальную хирургию – это хирургия заднего отрезка глаза.

Большой радостью для Айдара Наилевича является приобретение новых аппаратов для проведения операций. Сравнительно недавно появился аппарат «Люцентис», который позволяет лечить больных с макулодистрофией. Также серьезные изменения произошли в области диагностики, например, приобрели фундускамеру, которая позволяет вводить контрастное вещество внутривенно, потом делать снимок глазного дна и смотреть, какие новообразования есть

В своей работе Айдар Амиров делает упор на нравственный аспект: "Врач не должен делить пациентов на "платных" и "бесплатных" Мы лечим всех одинаково".

ДОПОЛНЕНИЕ

«Историческая Секция»

ВЕЙСМАНИЗМ-МОРГАНИЗМ В СТЕНАХ КАЗАНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Мамедов И.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - к.б.н., асс. Пахалина И.А.

В 1900-м году произошло переоткрытие законов Грегора Менделя, были выяснены механизмы наследования и проявления различных особенностей организмов, что дало начало интенсивному развитию генетики и селекции. Однако, многие ставили под сомнение универсальность механизмов наследования признаков.

В 1930-х годах влияние в советской генетике приобретает Трофим Денисович Лысенко, чье представления о принципах наследования отличаются от классической генетики по многим пунктам. Следствием противоречий, возникших между псевдонаучной школой Лысенко и советскими классическими генетиками были репрессии советских генетиков в 30-40г. Классических генетиков презрительно называли «вейсманисты-морганисты», в соответствии с фамилиями А.Вейсмана, создателя представлений о зародышевой плазме, и Томаса Х. Моргана — известного американского генетика.

В 1948 г. состоялась сессия Всесоюзной академии сельскохозяйственных наук им. В.И.Ленина (ВАСХНИЛ), на которой Лысенко выступил с докладом "О положении в биологической науке". В докладе генетика подверглась разгромной критике. После сессии ВАСХНИЛ все ведущие генетики были уволены с работы, преподавание генетики в школе и в вузах было запрещено. Решения августовской сессии ВАСХНИЛ 1948г. отразились также и на жизни кафедры биологии Казанского государственного медицинского института (КГМИ).

В 1931 году медицинский факультет Казанского университета был преобразован в Медицинский институт. В этом же году в открывшемся институте была создана кафедра биологии. Организатором и первым заведующим кафедрой был проф. Всеволод Владимирович Изосимов (1899-1974), ученик проф. Н.А.Ливанова (зав.кафедрой зоологии беспозвоночных КГУ, глава казанской морфологической школы, автор теории о путях эволюции животного мира).

В сентябре 1948г. в республиканской газете «Красная Татария» появилась статья ассистента педагогического института В. Федоровой с обвинениями в том, что Н.А. Ливанов является главой казанских вейсманистов-морганистов. По тем временам это было почти равносильно зловещему термину «враг народа». 16 сентября состоялось заседание Казанского общества естествоиспытателей, на котором, как сообщается в газете, критике были подвергнуты воззрения проф. КГУ Н.А. Ливанова и проф. КГМИ В.В. Изосимова.

Преподавание классической генетики в стенах КГМИ было запрещено. Со временем (1965 г.) генетика в СССР восстановилась как наука, наследственность как этиологическая категория прочно вошла в медицину. Возобновилось преподавание классической генетики на кафедре биологии в КГМИ.

Секция «Детские инфекционные болезни»

АНТИБИОТИК-АССОЦИИРОВАННЫЕ ДИАРЕИ У ДЕТЕЙ

Хасанова Э.А., Валиуллина А.Н., Шайхиева Г.С.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Малышева Л.М.

Актуальность: широкое использование антибактериальных средств в педиатрической практике делает актуальной проблему антибиотик-ассоциированной диареи (ААД) у детей.

Цель исследования: изучение этиологической структуры и клинико-лабораторных вариантов ААД у детей.

Материалы исследования: нами были обследованы 100 пациентов с ААД. Возрастная характеристика группы: 1-12 месяцев - 42%, 1-3 года - 25%, взрослые (матери) - 33%. Клинические варианты ААД в группе исследования: бессимптомное носительство - у 12%, антибиотик-ассоциированный дисбактериоз кишечника (ААДБК) II - III степени - 45%, ААДБК в сочетании с atopическим дерматитом - у 20%, ААДБК в сочетании с atopическим дерматитом и лямблиозом - у 6%, ААД (энтероколит) - у 17%.

Методы исследования: анализ клинических наблюдений, бактериологическое исследование, оценка терапевтической эффективности различных методов терапии.

Результаты исследования. Микробный пейзаж у больных по результатам бактериологических исследований: 1-я группа - сульфитредуцирующие анаэробы рода *Clostridium* от 10^4 до 10^5 , дефицит бифидобактерий, лактобактерий I степени (у 12%); 2-я группа - *Clostridium* от 10^5 до 10^6 , *Kl. oxytoca*, *S. aureus*, дефицит нормофлоры II степени (у 22%); 3-я группа - *Clostridium*, гемолизирующие *E. coli*, *Candidae*, дефицит нормофлоры II степени (у 60%); 4-я группа - *Clostridium*, гемолизирующие *E. coli*, лямблии (у 6%).

Терапевтическая коррекция у пациентов включала этиотропную терапию: эрадикация *Clostridium difficile* (метронидазол, энтерол, ванкомицин), селективную деконтаминацию (кишечные антисептики - эрсефурил, энтерофурил, нифуратель, специфические поливалентные бактериофаги), энтеросорбцию (смекта, фильтрум, лактрофильтрум). На восстановительном этапе применялись пребиотики и синбиотики, иммуномодулирующая терапия (КИП, ликопид, кипферон) и контаминация с целью заселения кишечника нормальной микрофлорой (линекс, оципол, бифиформ).

Заключение: у 90% пациентов с ААД, ДБК и atopическим дерматитом была отмечена клиническая эффективность комплексной терапии, включавшей перечисленные выше этапы терапевтической коррекции, с хорошей переносимостью, без побочных реакций. С целью профилактики ААД в группах риска целесообразно одновременно с антибиотикотерапией рекомендовать применение пробиотиков и синбиотиков.

ПОРАЖЕНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В СТРУКТУРЕ ГЕРПЕСВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Шайхиева Г.С.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н. Фаткуллина Г.Р.

В последние годы в инфекционной патологии все большее значение приобретают герпесвирусы. Внимание, которое вирусологи и клиницисты проявляют в последние 25 лет к герпесвирусным заболеваниям человека, связано с их значительной эпидемиологической ролью и социальной значимостью в современном мире. Среди вирусных инфекций герпесвирусы занимают одно из ведущих мест в силу повсеместного распространения, многообразия клинических проявлений, как правило, хронического течения, а также различных путей передачи вирусов. Герпесвирусы входят в число наиболее распространенных и плохо контролируемых инфекций человека. По данным ВОЗ смертность от герпетической инфекции среди вирусных заболеваний находится на втором месте.

Цель исследования: оценить роль герпесвирусных инфекций в структуре поражений нервной системы.

Методы исследования: анализ клинических наблюдений; метод ПЦР; метод ИФА; метод компьютерной томографии; нейросонография; оценка поражения нервной системы по состоянию неврологического статуса.

Результаты исследования. При работе с клиническими случаями были выявлены следующие данные: среди обследованных больных с герпесвирусными инфекциями (цитомегаловирусная инфекция, вирус герпеса человека 6-го типа, вирус Эпштейна-Барр) поражение нервной системы отмечалось в 15,6% случаев. В анамнезе больных наблюдались беспокойство, плохой прерывистый сон, немотивированный плач, плохая прибавка в весе, частые простудные заболевания с подъемами температуры тела до 40°C, мононуклеозоподобный синдром. Среди неврологической симптоматики преобладали афебрильные судороги, головные боли, моторная афазия, перинатальное поражение головного мозга с развитием парезов, симптоматической эпилепсии, торпидные к традиционной терапии. Большинство детей были рождены преждевременно либо с задержкой внутриутробного развития. Больные получили противовирусную терапию.

Заключение: больных с неврологической симптоматикой, не поддающейся коррекции традиционными методами, необходимо обследовать на маркеры активности герпесвирусных инфекций. Лечение таких больных должно быть комплексным с обязательным использованием противовирусных препаратов, проводиться совместно с неврологами, инфекционистами, педиатрами или терапевтами.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ВАРИЦЕЛЛА-ЗОСТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ

Загирова И.Ф.
Казанский государственный медицинский университет
Руководитель - к.м.н., доц. Николаева И.В.

В современных условиях актуальность ветряной оспы обусловлена ее широкой распространенностью, высокими показателями заболеваемости вероятностью тяжелого клинического течения и осложнений, которые могут приводить к летальному исходу, а также возможностью заболевания беременных женщин и развития внутриутробной инфекции.

Цель: изучить возрастную структуру и структуру осложнений ветряной оспы у пациентов получавших стационарное лечение и представить один из случаев осложненного течения ветряной оспы.

Методы исследования: клиническое наблюдение, анализ лабораторных данных, истории болезни, медицинской литературы.

Результаты. Нами было проведено исследование клинического случая больной Г. 2004 года рождения, поступившей в инфекционную больницу г. Казани с направительным диагнозом: Ветряночный менингоэнцефалит на 7 день болезни с жалобами на сильные головные боли, перестала вставать с постели, выраженная слабость, головокружение, рвота, нарушение сознания – сопор. При объективном осмотре у больной обращало на себя внимание положительные менингеальные знаки и симптом Кернига. Результаты лабораторного и инструментального обследования и клинические данные свидетельствовали о развитии у девочки менингоэнцефалита и подтверждали роль вируса varicella-zoster в развитии данного тяжелого осложнения ветряной оспы. Дифференциальный диагноз у больной проводился с черепно-мозговой травмой и синдромом Рея. На основании анализа полученных данных был выставлен заключительный диагноз: Ветряная оспа, типичная, средне-тяжелое течение. Менингоэнцефалит тяжелая форма. Внебольничная правосторонняя бронхопневмония. Лечение включало внутривенные инфузии, ацикловир, меронем, цефтриаксон, иммуноглобулин нормальный человеческий 25,0, глюкокортикостероиды и гидратация глюкозо-солевыми растворами. На 30 день болезни больная выписана из стационара с клиническим выздоровлением.

Заключение. Частота осложненных форм среди госпитализированных больных с ветряной оспой составило 13,5 %. Осложненные формы регистрировались только у детей. В структуре осложнений доминировали гнойно-септические процессы, частота которых составила 10,3%. Реже развивались неврологические осложнения (менингит, энцефалит и менингоэнцефалит) и составили 3,5%.

Секция «Микробиология»

ИЗУЧЕНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ВОДНЫХ ИЗВЛЕЧЕНИЙ ИЗ ЛИСТЬЕВ ШАЛФЕЯ

Макарова А.С.

Казанский государственный медицинский университет

Руководители - д.м.н., проф. Мусина Л.Т., к.б.н., доц. Хазиев Р.Ш.

Шалфей лекарственный в официальной медицине известен прежде всего своими противовоспалительными и антибактериальными свойствами, которые делают эффективными полоскания полости рта и горла. Отсутствие на рынке лекарственных форм заводского производства безусловно ограничивает применение шалфея на практике. В подобных условиях использование листьев шалфея сводится к их применению в виде водного настоя. В настоящее время считается, что основными компонентами, ответственными за антибактериальную активность препаратов шалфея, являются дитерпеновые кислоты.

Целью исследования было получение настоя из листьев шалфея с высоким уровнем содержания дитерпеновых кислот и оценка его антибактериальных свойств.

В ходе работы нами было выяснено, что оптимальный вариант технологии настоя из листьев шалфея должен предусматривать экстракцию 1% раствором натрия гидрокарбоната настаиванием на кипящей водяной бане в течение 15 мин. при соотношении сырья и экстрагента 1:20 (степень экстракции $69,23 \pm 5,47\%$).

Антибактериальная активность настоя, полученного по предлагаемой нами технологии, и настоя, для приготовления которого используется вода очищенная, изучалась методом двукратных серийных разведений в мясо-пептонном бульоне (МПБ) с тест-микробом *Staphylococcus aureus* ATTC 6538-P. Для того чтобы оказать губительное воздействие на микрофлору, обсеменяющую сырьё, применили термический метод – кипячение полученных водных извлечений на плитке в течение 20 минут. Однако метод серийных разведений в МПБ не всегда позволял визуально определить наличие или отсутствие роста из-за мутности настоев. Для устранения этого недостатка фармакопейной методикой нами был разработан метод, где антибактериальную активность извлечений определяли, используя мясо-пептонный агар (МПА), на поверхность которого в чашках Петри методом репликации из каждой пробирки делали пересевы и инкубировали в термостате в течение 18-24 часов. Разведение извлечения, на котором отсутствовал рост тест-штамма характеризовало его антибактериальную активность.

Полученные результаты показали, что предлагаемая нами технология водного настоя позволяет повысить его антибактериальную активность. Минимальные подавляющие концентрации (МПК) дитерпеновых кислот для настоев составили 9,4 и 8,6 мкг/мл соответственно.

ИЗУЧЕНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА ИЗ ЛИСТЬЕВ ЭВКАЛИПТА ПРУТОВИДНОГО

Макарова А.С.

Казанский государственный медицинский университет

Руководители - д.м.н., проф. Мусина Л.Т., к.б.н., доц. Хазиев Р.Ш.

Эвкалипт прутовидный (*Eucalyptus viminalis*) давно и успешно применяется в медицине в качестве антибактериального и противовоспалительного средства. На основе сырья этого растения были получены препараты антибактериального действия – «Эвкалимин» и «Хлорофиллипт». На сегодняшний день на рынке сохранился только один из этих препаратов – «Хлорофиллипт». Стандартизация указанного препарата осуществляется по титру антимикробной активности, определяемому на культуре золотистого стафилококка. Однако исследования последнего времени связывают антибактериальный эффект препарата с липофильными соединениями фенольной природы – терпеноидными феноляльдегидами. Таким образом, мы считаем, что технология получения антибактериального препарата из листьев эвкалипта прутовидного должна быть направлена на целевую экстракцию указанной группы соединений. Этого удалось достигнуть с помощью избирательной экстракции феноляльде-

гидов гексаном. Разработанная нами технология позволяет исключить стадию химической очистки действующих веществ, необходимую при использовании известной технологии.

Оценку антибактериальной активности полученного препарата проводили по ФС 42-1348-91 «Раствор хлорофиллипта 1% спиртовой» методом двукратных серийных разведений в мясо-пептонном бульоне (МПБ) с тест-микробом *Staphylococcus aureus* ATCC 6538-P.

Для подтверждения результата полученного вышеописанным методом использовали пересев на мясо-пептонный агар (МПА). На поверхность МПА 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 препарата из листьев эвкалипта прутовидного в разы превышает таковую у «Хлорофиллипта». Таким образом, разработанная технология получения антибактериального препарата из листьев эвкалипта прутовидного позволяет не только упростить технологический процесс, но и существенно повысить выход действующих веществ, ответственных за антибактериальную активность.

Секция «Стоматология»

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ДЕНТИНА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАРОДОНТА

Макарова Н.А.

Казанский государственный медицинский университет

Руководитель - д.м.н., доц. С.Л. Блашкова

В последние годы отмечается стойкая тенденция к увеличению количества пациентов, предъявляющих жалобы на повышенную чувствительность зубов.

Целью нашего исследования явилось повышение эффективности лечения гиперестезии твердых тканей зубов у пациентов с заболеваниями пародонта.

Нами проведено комплексное обследование 106 пациентов с заболеваниями пародонта. Из числа обследованных было выбрано 46 человек в возрасте от 30 до 60 лет с повышенной чувствительностью эмали. Первую группу составили 23 пациента, которым проводили лечение препаратом «Глуфторэд»; во вторую группу вошли 23 пациента, которым применяли «Глуфторэд» и зубную пасту «Colgate Sensitive Pro-Relief».

Результаты проведенных исследований показали, что в 1 группе индекс интенсивности до лечения составил $1,75 \pm 0,48$ балла. После однократного применения препарата «Глуфторэд» 11 пациентов (47,8%) сообщили об отсутствии болевых ощущений. При этом 7 больных (30,4%) отметили незначительное снижение болевой чувствительности и 5 человек (21,8%) не отметили изменений после проведенного лечения. Сразу после проведенного лечения наблюдалось максимальное снижение индекса интенсивности гиперестезии зубов в 2 раза.

Исходные данные показателя индекса интенсивности гиперестезии зубов во 2 группе составили $2,17 \pm 0,68$ балла. Результаты лечения пациентов 2 группы с использованием препарата «Глуфторэд» и зубной пастой «Colgate Sensitive Pro-Relief» свидетельствовали, о полном отсутствии жалоб у 16 пациентов (69,6%), 4 пациента (17,4%) отметили незначительное снижение чувствительности. И только 3 человека (13,0%) не обнаружили изменений после проведенного лечения. Сразу после лечения наблюдалось максимальное снижение индекса интенсивности гиперестезии зубов в 3 раза.

Таким образом, препарат «Глуфторэд» и паста «Colgate Sensitive Pro-Relief» могут быть рекомендованы к применению при заболеваниях пародонта пациентам с гиперестезией дентина, как профилактические средства, так и высокоактивные лечебные средства.

Секция «Физиология и фундаментальная медицина»

ХОЛЕСТЕРИН И ОПОСРЕДОВАННАЯ АКТИВАЦИЕЙ β_2 -АДРЕНОРЕЦЕПТОРОВ РЕГУЛЯЦИЯ ПРОДУКЦИИ NO В ПРЕДСЕРДИЯХ МЫШИ

Сычев С.

Казанский государственный медицинский университет

Научный руководитель – доцент кафедры нормальной физиологии КГМУ, к.б.н. Петров А.М.

В мембранах кардиомиоцитов в изобилии обнаруживаются специализированные чашевидные инвагинации, обогащенные холестерином - кавеолы. Оказалось, что в них концентрируются сигнальные молекулы, в том числе β_2 -адренорецепторы (АР) и эндотелиальная NO-синтаза. Удаление холестерина из плазматических мембран разрушает кавеолы. В данной работе мы исследовали эффекты активации β_2 -АР (агонистом фенотеролом, 5 и 50 мкМ) на продукцию NO после предварительного удаления мембранного холестерина – 5мМ метил- β -циклодекстрина (МЦД). Эксперименты проведены на изолированных предсердиях белых мышей. Детекция продукции оксида азота (NO) осуществлялась с помощью флуоресцентного маркера DAF-FM диацетата. Воздействие МЦД увеличивало флуоресценцию маркера DAF-FM до $106.1 \pm 0.5\%$ ($n=5$, $p<0.05$), что указывает на увеличение продукции оксида азота. В контроле низкие дозы фенотерола (5 мкМ) вызывали постепенное возрастание флуоресценции до $104.2 \pm 0.8\%$ ($n=10$, $p<0.05$), после удаления агониста свечение снижалось к 24 мин до $95.2 \pm 0.6\%$ ($p<0.05$). В высокой концентрации (50 мкМ) фенотерол вначале приводил к снижению флуоресценции DAF-FM (к 5 мин до $96.9 \pm 0.8\%$, $n=10$, $p<0.05$), впоследствии свечение возрастало до $103.9 \pm 0.6\%$ ($n=10$, $p<0.05$) к 20 мин аппликации. Предварительное воздействие МЦД достоверно усиливало продукцию NO в ответ на стимуляцию β_2 -АР. Под влиянием 5 мкМ фенотерола происходило более быстрое и выраженное (до $106.8 \pm 0.9\%$, $n=10$, $p<0.05$) возрастание флуоресценции. После удаления агониста из окружающей среды падение свечения было менее выражено (к 24 мин до $98.8 \pm 0.5\%$). В случае применения 50 мкМ агониста флуоресценция DAF-

FM быстро возрастала уже в начале аппликации, достигая $108.7 \pm 0.5\%$ ($n=10$, $p < 0.01$), а после удаления агониста возвращалась к исходному уровню.

Таким образом, сопряжение между β_2 -АР и эндотелиальной NO синтазой, по всей видимости, может сохраняться даже в отсутствие кавеол при удалении холестерина из мембран. При этом снижение содержания мембранного холестерина усиливает как фоновую продукцию NO, так и регистрируемую при активации β_2 -АР.

Работа поддержана грантами Министерства образования и науки Российской Федерации (НШ-1189.2012.4) и РФФИ № 11-04-00422-а.

Тираж 250 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