

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ ИМЕНИ АБУ АЛИ ИБН СИНО**

**СБОРНИК
МАТЕРИАЛОВ ПЕРВОЙ
БУХАРСКОЙ
МЕЖДУНАРОДНОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ
СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ
И МОЛОДЕЖИ Том 1**

**THE JOURNAL
OF THE FIRST
BUKHARA
INTERNATIONAL
CONFERENCE OF
MEDICAL STUDENTS
AND YOUTH Vol. 1**

23-25 МАЯ 2019 г.



Ответственный редактор:

Д.м.н., профессор

А.Ш. Иноятов

Рецензенты:

Проректор по учебной и воспитательной работе Бухарского государственного медицинского института имени Абу Али ибн Сино, к.м.н., доцент

Г.Ж. Жарылкасынова

Проректор по научной работе и инновациям Бухарского государственного медицинского института имени Абу Али ибн Сино, д.м.н., профессор

Н.А. Нуралиев

Первая Бухарская международная конференция студентов-медиков и молодежи (The First Bukhara International Conference of Medical Students and Youth): Материалы Первой Бухарской международной конференции студентов-медиков и молодежи (Materials of the First Bukhara International Conference of Medical Students and Youth), Бухара, 23-25 мая 2019 года. / Отв.ред. А.Ш. Иноятов – Бухара, БухГМИ, 2019г. 1-Том, 600 с.

Материалы публикуются в авторской редакции.

Редакционная коллегия не несёт ответственности за содержание опубликованных статей и тезисов в сборнике.

Бухарский государственный медицинский институт им. Абу Али ибн Сино

ОГЛАВЛЕНИЕ

ОГЛАВЛЕНИЕ.....	1
ПРЕДИСЛОВИЕ	22
1-СЕКЦИЯ. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ И ПРИКЛАДНЫЕ ВОПРОСЫ ФИЗИОЛОГИИ.....	23
<i>Бармо О.Б.</i>	
Влияние стресса на организм человека	23
<i>Баимакова И.Н.</i>	
Исследование концентраций сывороточного ангиопоэтина-2 после чрескожного коронарного вмешательства у пациентов Чувашской Республики.....	25
<i>Rajabova D.</i>	
Buyrak kasalliklarida ekologik omillarning ta'sirini o'rganishda zamonaviy patofiziologik asoslar	28
<i>Сулимов Э.Д., Габечева В.Р., Рахматуллина Д.А.</i>	
Морфофункциональные особенности реакции сосудов микроциркуляторного русла у пациентов с переломами сегментов нижних конечностей в зависимости от носительства однонуклеотидных полиморфных аллелей в генах кандидатах наследственной предрасположенности к тромбофилии	29
<i>Темирхан А., Аубакиров Б.</i>	
Адреналиновый отек легких.....	32
2-СЕКЦИЯ. ИММУННЫЙ ГОМЕОСТАЗ В УСЛОВИЯХ ПАТОЛОГИИ	34
<i>Абидов Ф.О.</i>	
Миелопероксидазная активность нейтрофилов у допризывников с тромбоцитопениями.....	34
<i>Рогулёв А.В.</i>	
Влияние психоэмоционального состояния на местный иммунитет ротовой полости человека.....	35
3-СЕКЦИЯ. ПРОБЛЕМЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ИММУНОЛОГИИ И АЛЛЕРГОЛОГИИ, МИКРОБИОЛОГИИ, ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ.....	38
<i>Абидов Ф.О.</i>	
Хроник гепатит касаллигида пархез даволашнинг самарадорлиги	38
<i>Ашимбек А., Дубина Д.</i>	
Микробиологическая оценка кожи рук медицинского персонала	39
<i>Бережная А.В.</i>	
Международный опыт внедрения бандлов по профилактике катетер- ассоциированных инфекций кровотока в лечебные учреждения (обзор литературы)	40
<i>Беридзе Р.М.</i>	
Эпидемиологические и клиничко-морфологические особенности дирофиляриоза органа зрения.....	43
<i>Джунаидова А.Х.</i>	

Особенности диарейных дисбактериозов кишечника у детей	46
Ермуханова А.Е., Нурмухамбетова Б.К., Ибраева Ж.К.	
Адгезивная активность микроорганизмов_выделенных у пациентов с патологией слизистых полости рта и пародонта.....	47
Жунаидов А.Х., Джакупова Ж.Е., Карабасова Б.К.	
Кристаллограммы штаммов микроорганизмов, изолированные из кожи и носа новорожденных детей.....	49
Ибрагимов Д.Д.	
Иммунотерапия в комплексном лечении больных с травмами костей лица.....	54
Кайрулаева Г.Ж., Ташен А.О., Орынбасар А.	
Определение микробиологической чистоты пакетированных нестерильных лекарств растительного происхождения	
Кашаева Р.Р., Жулаушинова А.М.	
Ротавирусные инфекции-острая кишечная проблема XXI века.....	58
Клютова А.С., Мергалиева А.М., Мулюкова Р.Р.	
Микробиологические аспекты при лечении больных с острым панкреатитом .	60
Кондрашова Ю.С.	
Микробиологическая оценка кожи рук	72
Кудиясулов Г.А., Мирзаев С.Г., Молчанов Н.С., Шахбанов И.Т.	
Эпидемиологическая ситуация по кори в Республике Дагестан и меры ее профилактики	65
Куликова М.А., 2-курс	
Микробиологические параметры функционального питания.....	68
Курбанкожа С., Шаймерденова Г.Г.	
Характер спектра микрофлоры кишечника и паховой области у новорожденных в зависимости от количества беременностей и родов.....	70
Маманов Н.Г.	
Определение антибиотикорезистентности возбудителей внутрибольничной инфекции	73
Пахомов А.П., Переведенцева Л.В.	
Стероидзависимый, сандиммунзависимый нефротический синдром (клинический случай).....	74
Рамазанова Ш.Ш.	
Результаты бактериологического исследования костной ткани при туберкулёзных поражениях позвоночника.....	76
Рахматуллина Р.Р., Муминова Н.Д., Свирина А.С., Садыкова Э.А.	
Клинико-иммунологическая характеристика геморрагической лихорадки с почечным синдромом у детей	77
Сагандыкова А.К., Башбаева И.Б.	
Инфекционно-токсический шок.....	80
Таалайбекова А.	
Влияние вакцинации животных на уровень заболеваемости бруцеллезом людей в Кыргызской Республике	82
Уларбекова А.	
Современное состояние паразитарных болезней в Кыргызской Республике	83

<i>Усмонов И.Х.</i>	
Особенности хирургического метода лечения с применением титанового сетчатого кейджа при туберкулёзе позвоночника	84
<i>Хакимова Ю.</i>	
Карлес касаллигининг келиб чикишида микроорганизмларнинг ўрни.....	86
4-СЕКЦИЯ. МЕДИЦИНСКАЯ ГЕНЕТИКА И ЭКОЛОГИЯ.....	88
<i>Григорьева К.Н.</i>	
Роль медико-генетического консультирования в профилактике наследственных заболеваний.....	88
<i>Григорьева К.Н.</i>	
Морфологические аспекты реализации эндокринной функции семенников мелких млекопитающих, населяющих экосистемы г.Оренбурга.....	90
<i>Михайлова Н.К., Кольчугина Г.Ф.</i>	
Генотоксическая характеристика реки Урал в районе г.Новотроицк Оренбургской области.....	93
<i>Подкопаев Д.А.</i>	
Синдром корнелии де ланге (клинический случай)	96
5-СЕКЦИЯ. ХИРУРГИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ И ГРУДНОЙ ПОЛОСТЕЙ, КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ И ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА. НЕОТЛОЖНАЯ ХИРУРГИЯ	98
<i>Абхишек Шарма</i>	
Выбор доступа для чрескожных транспеченочных вмешательств у больных с механической желтухой.....	98
<i>Авраменко А.С.</i>	
Применение каротидной эндартерэктомии в остром периоде ишемического инсульта.....	100
<i>Ауелова А.Б., Зиянгирова З.Т.</i>	
Рестеноз коронарных артерий: клинические и лабораторные маркеры	103
<i>Ахметгареева Р.Р.</i>	
Оценка эффективности эндоскопической папиллосфинктеротомии в лечении острого билиарного панкреатита	104
<i>Байбулатова Л.Р., Бакиева Э.А.</i>	
Сложности лечения распространенного перитонита	105
<i>Байдуйсенова А.Г.</i>	
Оценка эффективности малоинвазивных эндоскопических декомпрессионных вмешательств желчевыводящих путей при механической желтухе.....	108
<i>Бозоров У.</i>	
Химиотерапия эхинококкоза печени	110
<i>Гафуров М.М.</i>	
Сравнительная оценка различных способов холецистэктомии при остром калькулёзном холецистите	111
<i>Григорян Д.В.</i>	
Виды парапроктитов в городе Оренбург.....	114
<i>Жариков К.М., Нафиков А.В., Астафьев Б.В.</i>	

Малоинвазивный доступ под интраоперационной ультразвуковой навигацией в хирургическом лечении жидкостных образований брюшной полости и забрюшинного пространства	115
Косимов У.Р.	
Роль бронхоскопии в лечении осложнённых эндобронхиальных лигатурных свищей после эхинококкэктомии лёгкого	116
Курбаналиева Р.	
Применение лимфотропной терапии в комплексном лечении при панарициях в послеоперационном периоде в условиях амбулаторного приема.....	118
Лесная А.С.	
Особенности хирургической тактики при острых пиогенных абсцессах печени .	119
Лихограй Л.И., Уколова Е.С.	
Лечение артериальной непроходимости в г.Оренбург	121
Мауленов К.А.	
Тактика хирурга при укушенных ранах лица у детей	122
Отенбаев Б.А.	
Видеоторакоскопия при заболеваниях органов грудной полости	124
Рахматов Р.Б.	
Замонавий склеротерапия усулнинг оёқ веналари варикоз касаллигида кўлланилиши.....	126
Рустамбек И.Ф., Шабанов А.А., Таиметов Э.Р., Кузиев С.К., Шлегель А.Ф.	
Малоинвазивный метод стимуляции остеогенеза при лечении замедленной консолидации переломов костей голени	127
Серикова Г.Б., Анпазов Д.М.	
Регенерация сосудистой стенки в зависимости от шовного материала и техники наложения	128
Тураева М.	
Послеоперационная когнитивная дисфункция	133
Хайруллина Л.Х., Сайфеева А.А.	
Топографо-анатомическое обоснование дренирования клетчаточных пространств малого таза, связанных с повреждением мочевого пузыря	134
Хамроев Х.Н.	
Влияние диффузных заболеваний печени на течение и прогноз механической желтухи.....	136
Холикова М.А.	
Диагностика и лечение острого калькулёзного холецистита у больных повышенного операционного риска	137
Шарипова Д.Ш.	
Причины нагноения культи после ампутации на уровне голени и пути их профилактики у больных сахарным диабетом при критической ишемии нижних конечностей.....	140
6-СЕКЦИЯ. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПАТОЛОГИИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ	142
Абдусаметова А.Е., Юлдашов А.А.	
Коррекция усталости у пациентов с заболеваниями печени	142
Аимбетов Т.Д.	

Метаболический синдром у пациентов с сердечно-сосудистой патологией	145
<i>Аллахвердиева Н., Мирошниченко А.</i>	
Спирография в диагностике обструкции дыхательных путей	146
<i>Асланова Э.О., Кутлубаев Ф.Г.</i>	
Консервативная терапия остеоартроза в амбулаторных условиях	147
<i>Асланова Э.О., Кутлубаев Ф.Г.</i>	
Медицинская помощь при остеоартрозе в условиях поликлиники	148
<i>Асланова Э.О., Печенкина Ю.Ю.</i>	
Состояние диастолической функции левого желудочка у пациентов с хронической сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса на фоне ишемической болезни сердца.....	149
<i>Arjumand Banu Karase Dadamiyan, Manisha Mahaveer Sahu</i>	
Роль атеросклероза в развитии инфаркта миокарда у лиц моложе 55 лет	150
<i>Беридзе Р.М., Пендрикова О.В.</i>	
Анализ летальности пациентов с алкогольной болезнью печени в Гомельской области.....	152
<i>Бобоев М.М.</i>	
Курение как фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний.....	154
<i>Жумаев Д.</i>	
Бронхиал астмани стандарт асосида даволаш	155
<i>Гаффаров С. Ў</i>	
Ўзбекистон кардиологиясида электрофизиологик манипуляциялар (радиочастотали абляция ва девайслар имплантацияси) самарадорлиги.....	156
<i>Гиясова Н.О.</i>	
Оптимизация тактики раннего выявления и пути профилактики прогрессирования хронической болезни почек.....	157
<i>Дуйсенова М.А.</i>	
Состояние интермедиатов пуринового обмена плазмы крови у пациентов с наличием ожирения и артериальной гипертензии.....	158
<i>Ёдгорова М.</i>	
Ҳавф гуруҳига қиравчилар ўртасида Қрим–Конго геморрагик иситмаси тарқалишини олдини олиш.....	159
<i>Жаныкулова Г.М., Абдуханова А.Б.</i>	
Эмболизация маточных артерий при миоме матки.....	160
<i>Жариков К.М., Бертлеуова Г.С.</i>	
Ранняя диагностика диабетической полинейропатии у больных с сд и сдс	163
<i>Жумабоев Т.</i>	
Гипертония касаллиги бўлган беморларда буйрак коптокчалари филтрацияси тезлиги бузилиши	164
<i>Иргалина Д.Р., Кукаева М.Е.</i>	
Анализ эффективности здорового образа жизни в профилактике прогрессирования хронической артериальной недостаточности у больных с атеросклерозом сосудов нижних конечностей	165
<i>Истамова С.Х.</i>	
Использование “Palatinokap” при лечении храпа	168
<i>Имомова М.</i>	

Факторы риска ибс у лиц старше 60 лет среди населения города Бухары.....	170
Кадилова Ф.Ш.	
Радиочастотная абляция и неинвазивная диагностика при нарушении ритма желудочков.....	171
Кодиров М.	
Частота выявления различных симптомов натяжения спинномозговых корешков при пояснично- крестцовых радикулопатиях	172
Ламбина Е.А.	
Сидром прадера-вилли (описание клинического случая).....	173
Мансуров С.	
Юрак-қон томир касалликлари ривожланишида носоғлом турмуш тарзининг аҳамияти	175
Мирзаев С.Г., Молчанов Н.С.	
Приверженность к гипотензивной терапии городского и сельского населения Республики Дагестан.....	176
Мирзаев С.Г., Кудиясулов Г.А., Молчанов Н.С.	
Аритмии у пациентов с хронической болезнью почек	177
Молчанов Н.С., Мирзаев С.Г., Джамалудинова А.Д.	
Развитие диабетической нефропатии у пациентов с сахарным диабетом обоих типов в зависимости от продолжительности заболевания	179
Мухамедияр Г.Р., Абдикалик Б.К., Султанова Ж.К., Жамалова У.С., Кузарбаев А.С.	
Особенности тяжести клинического течения хронического обструктивного бронхита на основе оценки качественного и количественного состава микроэлементов в крови	181
Majidova M.A.	
Qariyalarda metabolik sindrom komponentlarining uchrash ko'rsatkichlari.....	184
Неъматуллаева М.	
Частота встречаемости экстраэзофагеальных симптомов у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью	184
Oltiboyev R.	
Birlamchi tibbiy bo'g'in sharoitida gipertoniya kasalligini standart asosida olib borishni tahlil qilish.....	185
Очилова Д.	
Применение отрубей у больных сахарным диабетом 2 типа с ожирением.....	187
Уколова Е.С., Лихограй Л.И., Дробинина А.В., Бутин М.И.	
Саркомы капоши в г.Оренбург.....	188
Ульянова В.А.	
Гиперпаратиреоз (описание клинического случая).....	191
Умбитбаева С.А., Муханов Ж.Ж.	
Сравнение схем лечения осложнений циррозов печени в стационарах г.Орск.....	194
Умбитбаева С.А., Муханов Ж.Ж.	
Анализ эффективности лечения пневмоний в стационарах г.Орска	197
Усманова Н.	
Диагностическое значение соматосенсорных вызванных потенциалов при поясничных болевых синдромах.....	199

Ушурова К.М., Тажибаева Ж.О.	
Особенности техники наложения швов на мягкие ткани головы и шеи с учетом их топографии.....	200
Халикова А.О., Мусаева М.А.	
Оценка клинической эффективности сакубитрил/валсартана при лечении хронической сердечной недостаточности с низкой фракцией выброса с сд 2 типа.....	206
Халилов Д.	
Фертил ёшдаги аёлларда асосий экстрагенитал касалликларнинг тарқалиши.....	208
Ҳалимов Н.Н.	
Сурункали ноинфекцион касалликларнинг хавф омилларини ўрганиш.....	209
Чечулин А.А.	
Предикторы цереброкардиального синдрома у пациентов с нетравматическими внутримозговыми кровоизлияниями.....	210
Шарипова Н.	
Активный скрининг факторов риска и гипергликемии среди населения г.Бухары.....	212
7-СЕКЦИЯ. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ	214
Абызбаева А.С., Буреева С.А., Таиттемирова Л.А.	
Определение эффективности использования нестероидных противовоспалительных препаратов в различных регионах.....	214
Ан К.И.	
Современные методы высокоточной доставки лекарственных средств.....	216
Джуннаидова А.Х.	
Оценка минеральной активности растительного препарата настойки тутовника при минералодифицитных состояний.....	219
Истамова С.	
Применение сиримола при интеллектуальной нагрузке.....	220
Ыктияров А.А.	
Влияние нитритной интоксикации на течение постреанимационного периода (экспериментальное исследование).....	221
Янгурчина А.Г., Янгурчина Ю.Г., Бикмаева Ю.А.	
Использование ферментных препаратов в медицинской практике.....	224
8-СЕКЦИЯ. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ НЕВРОЛОГИИ, ПСИХИАТРИИ, КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ.	225
Варламов Е.В.	
Современные представления о конформационных болезнях.....	225
Касымова Н.	
Психодиагностика когнитивных расстройств сосудистого генеза.....	227
Корсунская Е.А.	
Коморбидность пациентов с рассеянным склерозом в Ярославской области.....	228
Саидова М.Х.	
Оценка качества жизни у больных эпилепсией.....	229
Сарманова Э.Р.	
Оценка актуальности проблем неврологии, психиатрии и клинической психологии.....	230

<i>Сидора А.А., Скуратовская Д.С.</i>	
Депрессивные состояния у больных сахарным диабетом	233
<i>Скурыгина О.Д.</i>	
Прогрессирующая мышечная дистрофия эрба-рота_(клинический случай)	233
<i>Сухих И.В., Надеина А.А.</i>	
Сравнительный анализ когнитивного дефицита у пациентов, впервые перенесших инсульт	235
<i>Панина К.А., Лисовская В.В.</i>	
Сравнительная характеристика скорости ходьбы, статико-локомоторной и динамической атаксии у пациентов с вич-инфекцией и мозжечковым инсультом	238
<i>Сайкина Е.А., Ардашева А.В.</i>	
Уровень тревоги и депрессии у пациентов с инфекционными и онкологическими заболеваниями	239
<i>Хань А.В., Антипова А.В., Волкова В.И., Жильцова А.В., Козлова М.Л.</i>	
Корреляция алекситимии с уровнями тревоги и невротизации у студентов 1 и 5 курсов ОРГМУ	241
<i>Хань А.В., Антипова А.В., Волкова В.И., Жильцова А.В., Козлова М.Л.</i>	
Особенности лечения пациентов с биполярным аффективным расстройством в сочетании с органической патологией и алкогольной зависимостью	242
<i>Хань А.В., Антипова А.В., Волкова В.И., Жильцова А.В., Козлова М.Л.</i>	
Распространённость спидофобии в медицинской среде	243
<i>Юркевич Л.С., Селюкова И.В., Беридзе Р.М.</i>	
Особенности постинсультного болевого синдрома	244
9-СЕКЦИЯ. ВОПРОСЫ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ	248
<i>Алексян Т.В., Камалова М.М., Давыдова Ю.Д.</i>	
Клинический случай беременной с митрально-аортальным пороком сердца	248
<i>Аметова Э.И., Шкунова С.С.</i>	
Современные методы контрацепции	249
<i>Аметова Э.И.</i>	
Влияние кадмия на развитие рака молочной железы.....	251
<i>Ан К.И., Сайфутдинов Ф.Р.</i>	
Оценка частоты проведения кесарева сечения по классификации робсона	253
<i>Белашов Н.В., Котлубаева Э.Ю.</i>	
Рубец на матке - не повод для кесарева сечения	254
<i>Беляева А.И., Панина К.А.</i>	
Тромбоэмболические осложнения при беременности и их профилактика	255
<i>Гусева Е.А., Рафикова В.В.</i>	
Информативность неинвазивных клиничко-инструментальных методов исследования при патологии эндометрия у женщин репродуктивного возраста..	258
<i>Ёрматова М.</i>	
Оценка состояния родовых путей у рожениц с дородовым и преждевременным разрывом плодных оболочек	260
<i>Каюмова Г.М.</i>	
Особенности клинического течения преждевременных родов и перинатальные исходы	262

Киличева В.А.	
Генитальный сепсис в структуре материнской смертности	263
Кудратова Д.Ш., Исмадова М.И.	
Современные аспекты родоразрешения пациенток с дородовым излитием околоплодных вод в аспекте риска инфекционных осложнений.....	264
Кукебаева А.Ж., Ахметгареева Р.Р.	
Маркеры стволовых клеток базального слоя эндометрия и их роль в структуре гинекологичсеких заболеваний	265
Орипова Ф.Ш.	
Ретроспективный анализ историй родов с послеродовым кровотечением с учетом реабилитационных мер	268
Пасечник С.И., Пищик А.А.	
Эффективность лечения бесплодия на фоне генитального эндометриоза	270
Саидова Ф.И.	
Психоэмоциональные расстройства у женщин_с нарушением микробиоценоза влагалища	271
Салимбоева Н.З.	
Эффективность теста actim-partus в предикции преждевременных родов	272
Тихомирова А.А., Золотарева А.С., Вуколова В.А., Пугачев Д.А.	
Анализ показателей младенческой смертности в Оренбургской области в 2011- 2017гг.....	273
Тошева И.И.	
Дифференцированный подход к лечению тубоовариальных образований малого таза	276
Уколова Е.С., Лихограй Л.И., Дробинина А.В.	
Исследование взаимосвязи изменения времени суток на течение родов.....	277
Умбитбаева С.А., Муханов Ж.Ж.	
Изучение эффективности лечения плоскоклеточного рака шейки матки в г.Оренбург	280
Хайруллина С.Е.	
Микробиологический пейзаж возбудителей бессимптомной бактериурии у беременных г.Алматы	281
Хафизова Д.Б.	
Клинико-морфологические аспекты эффективности предгравидарной подготовки женщин с репродуктивными потерями.	285
Хушвактов Б.С., Валидонова Д.В., Нарзиева З.Ш., Сайдахмедова М.У.	
Гипергомоцистеинемия-значимый фактор невынашивания беременности	286
Чехунова А.А.	
Патогенетическая роль цитокинов перитонеальной жидкости у больных с глубоким инфильтративным эндометриозом	287
Шаймерденова Г.Г., магистрант, Ашитаева С.Т.	
Особенности течения туберкулеза при беременности.....	289
10-СЕКЦИЯ. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПЕДИАТРИИ	291
Абакумова Е.В.	
Врожденные пороки сердца у новорождённых	291
Абдрахманова Г.З., Дедова Д.В.	

Младенческая смертность как медико-социальная проблема	292
<i>Акопян М.Р., Гужова Д.Д., Антоненко Е.М.</i>	
Клинический случай асфиксической дистрофии грудной клетки у ребенка	294
<i>Аметова Э.И., Семёнова К.А.</i>	
Гипобаротерапия в комплексной реабилитации детей с аллергическими заболеваниями	296
<i>Бабажанова М.</i>	
Факторы риска рождения маловесных детей_(По материалам Бухарского областного перинатального центра)	297
<i>Байбулатова Л.Р., Бакиева Э.А.</i>	
Зависимость состояния новорожденных от степени тяжести анемии беременных	298
<i>Бендженова Б.Б., Баглышев Е.В., Ибрагимова П.Р.</i>	
Динамика течения артритов у детей в зависимости_от протоколов терапии	301
<i>Воронцова А.А.</i>	
Клинический случай. Семейная средиземноморская лихорадка	302
<i>Горошникова А.Ю., Роткина Т.В., Невиницына Д.А.</i>	
Клинический случай апластической анемии	305
<i>Джолдошева Л.Р., Клесова Е.С., Шахова Т.С.</i>	
К вопросу о наследственном нарушении_углеводного обмена у детей.....	306
<i>Донабоева З.Ж.</i>	
Эрта неонатал ўлим структураси ва сабаблари	
<i>Кожсбаева С.А., Махамбет А.М., Ирсимбетова А.М., Иманали А.Г., Сарсенбаева С.Д.</i>	
Редкий случай врожденного гиперинсулинизма у новорожденного ребенка	309
<i>Минибаева Я.Р.</i>	
Аутоиммунный тиреоидит у детей: особенности клинического течения	312
<i>Муминов Н.</i>	
Эффективность применения дренажного лечения при деструктивной пневмонии у детей	313
<i>Мухторов М.</i>	
Сколиоз – актуальная проблема детского возраста.....	314
<i>Науменкова Л.И., Сарычева Е.В., Савчук Е.С.</i>	
Изменение уровня глюкозы крови у новорожденных детей после рождения	315
<i>Нечипорук И.А., Польшанная Ю.И., Райлян М.В.</i>	
Осведомленность детского населения регионов украины по вопросам профилактики анемии	316
<i>Нургозиев Б.А., Кадыркожаева Д.Б., Ердахмет А.Е., Кенжебек Ш.Е.</i>	
Трудности диагностики эрозивного колита в детском возрасте	318
<i>Покусаева О.С.</i>	
Эффективность применения портативного кардиорегистратора в диагностике нарушений сердечного ритма у детей	324
<i>Саидов А.</i>	
Сравнительная характеристика антропометрических показателей у детей первого и второго периода детства с детским церебральным параличом	326
<i>Саидова Н.</i>	

Болалар хирургик инфекциясида озонотерапия	328
<i>Тешаева Д.Ш.</i>	
Сколиоз билан касалланган болаларда антропометрик кўрсаткичларнинг ўзига хослиги	328
<i>Тропкина М.Н., Авилова В.В.</i>	
Функция почек при сахарном диабете 1 типа у детей при различном стаже заболевания	329
<i>Хикматова Ш.У.</i>	
Особенности показателей тиреоидного статуса и кортизола у детей с врожденными пороками сердца.....	331
<i>Шигабутдинова А.Р., Туктарова Э.А., Галактионова Д.М.</i>	
Функциональная диспепсия у детей раннего возраста в практике врача-педиатра	334
<i>Шигабутдинова А.Р., Туктарова Э.А., Галактионова Д.М.</i>	
Клинико-параклиническая характеристика функциональной диспепсии у детей раннего возраста	335
<i>Шигабутдинова А.Р., Туктарова Э.А., Галактионова Д.М.</i>	
Современный комплексный подход в лечении пациентов с функциональными расстройствами пищеварения	336
<i>Шкунова С.С., Киселёва М.П.</i>	
Структурно-функциональная характеристика небных миндалин при их гипертрофии у детей младшего и среднего возраста	338
<i>Янгурчина А.Г., Янгурчина Ю.Г.</i>	
Формирование адаптационных процессов – успех социализации детей	340
11-СЕКЦИЯ. ПРОБЛЕМЫ СТОМАТОЛОГИИ, ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ И ОФТАЛЬМОЛОГИИ	344
<i>Абдуллаев М.М., 2-курс</i>	
Комплексное лечение хронического рецидивирующего афтозного стоматита на фоне патологии желудочно-кишечного тракта у детей	344
<i>Атасян С.А., Лагутина Е.В., Лайва В.А.</i>	
Кариес – болезнь цивилизации.....	345
<i>Атоев С.</i>	
Частота распространения короткой уздечки языка и верхней губы в дошкольных учреждениях.....	346
<i>Ахмедова М.Д., Григорьева О.В., Соколова О.А., Галичкина Ю.В.</i>	
Микробиота полости рта при ортодонтическом лечении брекет-системами	347
<i>Ахтамова М.М.</i>	
Сравнительная оценка усадки альгинатных оттискных масс.....	349
<i>Аширбекова Ж.Ж.</i>	
Взаимосвязь психоэмоционального стресса с заболеваниями пародонта	350
<i>Бакшеев И.Ю., Береснева Н.С.</i>	
Отдалённые результаты лечения окклюзий вен сетчатки, осложнённых макулярным отёком (предварительное сообщение).....	352
<i>Береснева Н.С., Бакшеев И.Ю.</i>	

Клинические примеры применения комбинированного лечения при посттромботическом макулярном отёке	356
Бобоназаров О.У.	
Профилактика осложнений развивающихся после операции удаления зуба у больных с сахарным диабетом с применением препарата биопласт – дент	359
Болтаев Ф.Ф.	
Сурункали йирингли ўрта отитларни комплекс даволашда гелий-неон лазер нурларини қўллаш	362
Гарифуллина Р.Р.	
Связь стоматологического здоровья у детей с патологией почек	363
Жалолова Н.М.	
О микозах на слизистых лор-органов у больных при острых и хронических инфекциях, травмах	369
Иноятов А.Ж.	
Сўлак безларининг сурункали яллиғланиш касалликларни даволаш усулларини такомиллаштириш	370
Кобиров Э.И.	
Проблема выбора лекарственных препаратов для лечения кандидоза ротоглотки у вич-инфицированных больных	371
Копбаева Н.В., Ашикбекова М.К., Гарифуллина Р.Р., Бирмуханова А.У.	
Эпидемиологическое исследование обострения хронических форм периодонтитов	372
Кривенцев А.Е.	
Просвещенность школьников 2-5 классов города волгограда в вопросах стоматологической профилактики	
Кузьменко А.А.	
Специфика строения клиновидного синуса с точки зрения хирургического лечения его гнойно-воспалительных заболеваний	377
Курашова С.	
Современное лечение кариеса зубов «Icon» технологией	379
Макаева Г.С., Жармагамбетова А.Г.	
Исследование микробиоценоза полости рта при ортодонтическом лечении	380
Мардиева Сора	
Кариес ва стоматит касалликларини даволаш ва профилактикасида “аеродент” тиш ювиш капсуласини қўллаш усули	383
Махмудов Ж.К.	
Эффективность комплексного лечения острых одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области	384
Мухаммадиев А.	
Болалар ёшида кариес профилактикаси учун замонавий “Icon approximal” пломба ашёсини қўлланилиши ва иммунокоррекцияси	386
Поляшенко А.С., Костюк Н.Г.	
Рестаурация фронтального зуба на фантоме с применением силиконового шаблона	387
Сайдиллаев Ш.В.	
Стоматологическое здоровье у больных сахарным диабетом	390

12-СЕКЦИЯ. РЕГИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОХРАНЫ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ И ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ.....	393
<i>Вольф А.В., Рсалина Д.А.</i>	393
Эффективность использования этилового (ректификованного) спирта при обработке клавиатур и мышек компьютеров	393
<i>Васильев А.А., Исламгулова А.Н., Кузнецова М.А.</i>	
Исследование уровня сформированности суицидальных намерений студенческой молодежи г. Оренбург	395
<i>Григорьева К.Н.</i>	
Шумовое загрязнение как антропогенный фактор окружающей среды	397
<i>Михайлова Н.К., Кольчугина Г.Ф.</i>	
Генотоксическая характеристика реки урал в районе г.новотроицк Оренбургской области.....	399
<i>Пикина А.Ю.</i>	
Противоэпидемические мероприятия в период первой эпидемии холеры в Оренбургском крае (1829-1832 гг.).....	402
<i>Рахимбердина А.Ю., Соловьева М.Е.</i>	
Определение содержания фотосинтезирующих пигментов в хвойных растениях Оренбургской области	404
<i>Зарубина А.А., Фоминых П.Э.</i>	
Бактериологическое (биологическое) оружие. Способы и признаки применения, пути проникновения, противоэпидемические мероприятия	406
13-СЕКЦИЯ. ПРОБЛЕМЫ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ, СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ, НАРОДНОЙ МЕДИЦИНЫ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ.....	410
<i>Asatova M.</i>	
Gipertoniya kasalligini xalq tabobati usulida davolash	410
<i>Амонов Ш.</i>	
Эффективность иглотерапии при лечении шейного остеохондроза.....	411
<i>Бахарева А.С.</i>	
Проблемы физического воспитания, спортивной медицины и медицинской реабилитации	411
<i>Зорина Р.А.</i>	
Иппотерапия как метод реабилитации	414
<i>Ибрагимов С.</i>	
Яккакураш спорт турлариди кўлларни тезкор букувчи ва ёзувчи мушаклар кучининг ўзига хос хусусиятлари	415
<i>Исмаилова М.Ю.</i>	
Скрининг сердечно-сосудистых заболеваний у спортсменов	
<i>Исмоилов Д.</i>	
Талабаларнинг энгил атлетика дарсида жисмоний сифатларини ривожлантиришнинг таҳлили.....	421
<i>Муталибов З.</i>	
Волейболчиларда сакровчанлик сифатини махсус харакатли ўйинлар ёрдамида шакллантириш	422
<i>Ҳакимова М.</i>	

Юз гемиплигияси касаллигида игнарефлексотерапиянинг самарадорлигини ўрганиш	423
14-СЕКЦИЯ. МОРФОГЕНЕЗ И РЕГЕНЕРАЦИЯ	425
<i>Абдуллаева А.А.</i>	
Влияние хронического токсического гепатита матери на становление печени потомства в раннем постнатальном онтогенезе (экспериментальное исследование)	425
<i>Ан К.И.</i>	
Регуляторное значение гена <i>src</i> в трансформации эпителия железы гардера при инволюции сумки фабрициуса в период начала полового созревания у птиц	
<i>Бадиева Д.С.</i>	
Морфологические изменения лимфоидных структур тонкой кишки крыс в норме и при воздействии биостимулятора на фоне хронической лучевой болезни.....	427
<i>Бакаева Н.М.</i>	
Выбор способа хирургического лечения атипичных дуоденальных язв.....	428
<i>Джурраева Т.</i>	
Анатомия лимфоидных образований ободочной кишки крысы в раннем постнатальном онтогенезе и её изменения при воздействии цимбуша.....	430
<i>Каххоров Ф.</i>	
Морфологические изменения семенников крыс в норме, при хронической лучевой болезни и при воздействии биостимулятора.....	431
<i>Класен П. Я., Шаенко Ю.В.</i>	
Морфологические особенности панкреатических псевдоцист и варианты их расположение.....	432
<i>Кубагушева А.Н.</i>	
Топографо-анатомические особенности области плечевого пояса и свободной верхней конечности в промежуточном плодном периоде онтогенеза человека ...	433
<i>Павлов В.А.</i>	
Топографо-анатомические особенности поджелудочной железы в промежуточном плодном периоде онтогенеза человека	434
<i>Сулейманова Г.</i>	
Экспериментальное изучение клеточных иммунных реакций на гиалуронидазу.	437
<i>Тихомирова А.А., Золотарева А.С., Вуколова В.А.</i>	
Морфологические особенности стенки артериол при инсульте	438
<i>Хайруллаева У.</i>	
Морфометрическая характеристика щитовидной железы у детей в i-ii периоде детства при ультразвуковом исследовании.....	439
<i>Халикова М.Н.</i>	
Микроскопические различия лимфоидных структур тонкой кишки крыс в норме и при хронической лучевой болезни.....	441
15-СЕКЦИЯ. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ, СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ И СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ.....	443
<i>Баркова А.Г.</i>	
Оценка тяжести вреда здоровью у детей в возрасте до 14 лет, полученного при дорожно-транспортных происшествиях в г. оренбург за 2018г.....	443

<i>Пиньчук А.Ю.</i>	
Судебно-медицинское установление отравления деструктивными ядами	444
16-СЕКЦИЯ. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ФАРМАЦИИ	448
<i>Булатова Г.Р.</i>	
Арония черноплодная как природный источник антоцианов	448
<i>Ибрагимов Д.Д., Ахмедов Б.С., Исхакова З.Ш., Сулейманов Э.К.</i>	
Основные свойства препарата «бактизев» в комплексном лечении гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области	449
<i>Жабборов О.У.</i>	
Фармакоэкономический анализ расходов гепатопротекторов на лечения хронического гепатита в стационарных условиях (ретроспективное исследование)	451
<i>Кондрашова Ю.С.</i>	
Роль этилового спирта в антибактериальном геле dr.safe	452
<i>Кондрашова Ю.С.</i>	
Изучение флавоноидов, как одно из актуальных научно-практических направлений в фармации сегодня	455
<i>Кутлубулатова Л.И., Мошкина А.А.</i>	
Использование стевии, как натурального и безопасного подсластителя при диабете i и ii типа.....	458
<i>Кутлубулатова Л.И., Мошкина А.А.</i>	
Строение и фармакологические свойства полыни горькой <i>artemisia absinthium</i> l	459
<i>Қаҳҳоров А.</i>	
Трамадолнинг термодесорбцион сиртионлашув спектроскопия усулида таҳлили	461
<i>Нарзуллаева Ш.</i>	
Фармакоэкономический анализ терапии хронического Гепатита «С».....	462
<i>Чечулин А.А.</i>	
Гемостатическая эффективность транексамовой и аминокaproновой кислот при аденомэктомии для пациентов разных возрастных групп.....	463
17-СЕКЦИЯ. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ	466
<i>Сидора А.А., Голуб А.С.</i>	
Применение химического пилинга в комплексном лечении постакне.....	466
<i>Фоминых П.Э., Зарубина А.А.</i>	
Исследование эко-косметики. Влияние на организм человека и окружающую среду	467
18-СЕКЦИЯ. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГУМАНИТАРНЫХ НАУК И ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ЕСТЕСТВОЗНАНИЯ И МЕДИЦИНЫ	470
<i>Ахматова М., Запевалова А.</i>	
Актуальность внедрения биоэтики как науки в Узбекистане	470
<i>Давыдова А.П., Джангирян А.А.</i>	
Исследование физических характеристик двухкомпонентных растворов при постоянной температуре	471

<i>Тоирова Д.</i>	
Соғлом турмуш тарзи: саломатлик ва узок яшаш кафолати	474
<i>Утегалиева М.У.</i>	
Правовой статус человеческих органов для трансплантации	475
<i>Ҳамдамов А.</i>	
Соғлом оила-соғлом жамият	476
<i>Мукимов И.И.</i>	
Детородная функция самок крыс и развитие потомства при инфекционном воздействии	
<i>Облокулов З.О.</i>	
Овқатланиш таркибининг аниқ жинсли бола туғулишига таъсири (экспериментал иш)	479
19-СЕКЦИЯ. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА.....	481
<i>Бабашова Ф.Р., Бадрутдинова Д.В., Минибаева Я.Р.</i>	
Выявление внелегочных форм туберкулеза у детей	481
<i>Байдуллаева А.Б.</i>	
Влияние энергетических напитков на организм человека.....	483
<i>Дуйсембаева А.Н.</i>	
Распространенность болезней системы кровообращения среди взрослого населения Оренбургской области	484
<i>Жумахан Н.Т.</i>	
Эпидемиологические аспекты регистрации туберкулеза среди населения в Туркестанской области	485
<i>Зверко О.И., Холопица Ю.В.</i>	
Влияние уровня самооценки на понимания суицида	488
<i>Иванов В.Г.</i>	
Психологическое онлайн консультирование в преодолении стигматизации лиц с психической дезадаптацией.....	490
<i>Камалова М.А.</i>	
Признаки синдрома хронической усталости у студентов БГМУ	494
<i>Кашаева Р.Р., Жулаушинова А.М.</i>	
Анализ информированности студентов второго курса оренбургского медицинского университета о влиянии биологически активных добавок на организм человека	495
<i>Кашуба В.А., Галиева Е.Р., Абдуллина А.С., Гарифуллина Г.И.</i>	
Идеальный образ врача-педиатра в глазах пациента	497
<i>Серебрякова В.И.</i>	
Качество жизни больных инфильтративным туберкулезом легких	499
<i>Тараторина А.С., Ганьшин В.П.</i>	
Исследование качества жизни больных сахарным диабетом старше 50 лет	501
<i>Хайбулина Е.В., Попова Е. А., Самойленко А.А., Ершова С.В., Кузнецов М.В.</i>	
Подверженность студентов младших курсов Оренбургского медицинского университета активному курению.	504
<i>Хайруллина Л.Х.</i>	
Влияние кишечной микрофлоры на развитие психических заболеваний	506
20-СЕКЦИЯ. ЯЗЫК. ОБЩЕСТВО. КУЛЬТУРА	510

<i>Джембулингам С.С.</i>	
Эмоционально-оценочная лексика в текстах рекламы как средство воздействия	510
<i>Магдиева М.</i>	
Товушлардаги маънолар	512
<i>Патил Йачана, Мишра Ашутош</i>	
Волонтерство как отражение активности гражданского общества	514
<i>Романова С.И.</i>	
Язык. Общество. Культура	516
21-СЕКЦИЯ. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА	520
<i>Turtakhambet A.A., Kirgizbayeva A.D., Munaidarova R.T., Salimova D.A.</i>	
The role of nurses in organizing medical aid to children with congenital heart defects	520
22-СЕКЦИЯ. АНТИКРИЗИСНОЕ УПРАВЛЕНИЕ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ	523
<i>Алексамян Т.В.</i>	
Болезни системы кровообращения как медико-социальная проблема.....	523
<i>Алексамян Т.В., Панина К.А.</i>	
Особенности повреждений (пяточного) ахиллова сухожилия у населения города оренбурга.....	525
<i>Мухаметжанқызы Е.</i>	
Изучение эффективности технологии на уровне ПМСП.....	526
<i>Рахматуллина Д.А., Гашкаримов В.Р.</i>	
Способ восстановления препаратов по артросиндесмологии	528
23-СЕКЦИЯ. ДОСТИЖЕНИЯ И ПРОБЛЕМЫ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В МЕДИЦИНЕ	530
<i>Кандалова И.А.</i>	
Достижения и проблемы симуляционного обучения в медицине	530
24-СЕКЦИЯ. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ. МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ КОЛЛЕДЖ	533
<i>Амантаева Д.Г.</i>	
Адаптогены растительного происхождения (обзор)	533
<i>Григорьева К.Н.</i>	
Философия медицины: развитие и перспективы	535
<i>Жариков К.М., Нафиков А.В., Астафьев Б.В.</i>	
Аскорбиновая кислота и ее роль в профилактике профессиональных заболеваний	537
<i>Пулатов М.Д.</i>	
Экспериментальная гиперхолестеринемия и их обратимость при коррекции хедерагенином	538
<i>Сайдиганиева Н., Тажи Д.</i>	
Необратимая гибель мозга и вопросы трансплантации органов.....	539
25-СЕКЦИЯ. ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К КОММЕРЦИАЛИЗАЦИИ НАУЧНЫХ РАЗРАБОТОК В СФЕРЕ МЕДИЦИНЫ	543
<i>Аубакиров А., Манишарипов Д., Давыденко Г.П., Тулеуова А., Мурат А.</i>	
Разработка технологии для профилактики метаболических нарушений	543
<i>Кривенцев А.Е.</i>	

Использование 3d технологий для теоретического обучения на кафедре анатомии	545
<i>Мухамади Н.З.</i>	
Роль магнитно-резонансной томографии в предоперационной диагностике рака тела матки.....	547
<i>Осаулко Д.Ю.</i>	
Информационные технологии в практике врача-аллерголога	549
<i>Сапарова Е.Г., Знобищева В.И.</i>	
Использование иммобилизованной уреазы для изготовления мобильных протезов почки.....	550
26-СЕКЦИЯ. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ.....	555
<i>Асланова Э.О., Кутлубаев Ф.Г.</i>	
Значимость вакцинопрофилактики.....	555
<i>Асланова Э.О.</i>	
Анализ эффективности вакцинопрофилактики против гриппа взрослого населения	556
<i>Башбаева И.Б., Жангазиева А.С., Гусейнова А.С., Бакирова А.И.</i>	
Принципы лечения синдрома диабетической стопы.....	557
<i>Касымова С.Ш.</i>	
Особенности течения лямблиозов у детей	558
<i>Пахомов А.П.</i>	
Бета-талассемия, осложненная гемосидерозом, ЖКБ, гипоксической энцефалопатией (клинический случай)	560
<i>Чаткалбаева Ш.</i>	
Оценка уровня заболеваемости населения Кыргызской Республики цереброваскулярными заболеваниями	561
СТРАНИЦА НАСТАВНИКОВ	563
<i>Гончарова В.А.</i>	
Синдром эмоционального выгорания в профессиональной деятельности врача: причины, фазы и последствия	563
<i>Дадабаева Р.К., Нуриддинова Ф.М., Мирзабекова О.А.</i>	
Организация повышения квалификации врачей общей практики в системе непрерывного медицинского образования в Узбекистане: опыт Ташкентской медицинской академии.....	564
<i>Сафаров Н.Б., Ирисметов М.Э., Шамшиметов Д.Ф., Ражабов К.Н.</i>	
Новый клинико-диагностический алгоритм при лечении остеоартритов коленного сустава	566
27-СЕКЦИЯ. ACTUAL PROBLEMS OF MEDICINE AND PHARMACY.....	568
<i>Adizova N.</i>	
Condition of right diseases of the heart and pulmonary hypertension in patients with bronchial asthma, complex treatment effects	568
<i>Akiev A.</i>	
Characteristics of clinico-echographic manifestations of biliary sludge in women with acceptance of oral contraceptives	569
<i>Alshebli Ali Fuad Hadi, Julius Owusu Ansah, Maala Karrar Hayder Kareem.</i>	

The evaluation of the effect of human reaction time on results of viscosity determination using stokes' method	570
Amr S. Elbahnasawy, E.R. Valeeva, Eman M. El-Sayed and N.V. Stepanova	
Preventing glucocorticoid-induced osteoporosis by fish oil supplementation.....	572
Azamov B.	
Effects of the cytokines in the development of myoma of the uterus in reproductive age of females	573
Barbora Kolosova, Diana Toleubekova, Meruert Sarina	
Staphylococcus aureus nasal carriage of the students Karaganda medical university (KMU) and teenagers of secondary school.....	574
Djumayev M.M.	
Auscultated heart rate accelerations	576
Djumayeva M.M.	
Correlation between biochemical monitoring and measurement of the wave velocity of blood flow in the umbilical cord of a human fetus	577
Hamdamov A.B.	
Influence of the number of births on the state of the venous system of the lower extremities	577
Ikramova Sh.A.	
Reliability of screening of small children for gestational age using the doppler method	578
Joy Guharay, Djolbunova Z.K., Chechetova S.V., Karamurzaeva G.	
Causes of fatal outcome in children with infectious diseases	579
Kilicheva V.A.	
Pregnancy outcome after elimination of torsion of the appendages of the uterus with ischemic-hemorrhagic changes.....	583
Rakhimova Sh.	
The use of ergotherapy in patients with stroke cardiac pathology	584
Rawat Arushi, Subhash Laxmappa, Sinam Miranda	
The measurement of reaction time of first-year volgsmu students	585
Rezina D.K., master student	
Biotransformation of petroleum products using bacillus subtilis	587
Sekar Anbu	
Risk factors of atherosclerosis between male and female	590
Unes Monib, Muhammad Amer Riaz	
Risk factors associated to cardiovascular diseases in Kyrgyzstan	591
Umidova N.N.	
The role of indicators of ferrokinetics and endogenous erythropoietin in anemia of pregnant women	597
Yuldasheva N.M.	
Correction of the gastrototoxic effect of non-steroidal anti-inflammatory drugs with kvertsetin	598
Yusupov D.	
Prospective observation of first-pregnancy with hypertension of pregnancy	599

Уважаемые гости, уважаемые участники конференции, друзья!

Общеизвестно, что процесс обучения в вузе неотрывно связан с наукой, где студенческой науке отводится особая роль. Студенческая наука в своём истинном значении – это не просто формальное участие молодых людей в проведении научных исследований и выполнении технических разработок, что, безусловно, является важной составляющей профессиональной подготовки современного специалиста.

В современном мире неуклонно возрастают требования и ожидания студентов и работодателей к высшему медицинскому образованию. Основной задачей для ВУЗов становится эффективное управление ресурсами – материальными, финансовыми, трудовыми, интеллектуальными – и обеспечение высокого качества образования и научных исследований.

С абсолютной очевидностью можно констатировать, что роль и значение вузовской науки будет с каждым годом только расти. При этом с точки зрения научной ценности – и это другая сторона медали – на первый план будет выходить не количество производимых новых знаний, а отдача от научных исследований. Другими словами, наиболее востребованным будет именно глубина и качество научных исследований и разработок как с точки зрения признания профессиональным научным сообществом, так и их практической значимости. Поэтому студенческая наука в широком смысле – это, можно сказать, "начало начал", от которого зависит развитие всего научно-кадрового потенциала страны. Следует отметить, в нашем институте научно-исследовательская работа студентов ведётся на всех стадиях учебного процесса и на всех организационных уровнях – кафедральном, факультетском. Сегодняшняя Первая международная конференция студентов-медиков и молодежи Бухары-2019 (BIMSC-2019), на которой я имею честь Вас приветствовать, является важнейшим компонентом научно-исследовательской работы студентов и молодых ученых БухГМИ.

Основная задача конференции, которую мы видим и ставим перед собой – это вовлечение в науку студенческой молодёжи, пробуждение у молодёжи интереса к новым научным знаниям, выходящим за рамки основных образовательных программ. Это обмен опытом лучшей практики научных исследований. Это дискуссии и споры, которые непременно возникают по результатам докладов. Никто не в состоянии заставить человека стать гениальным. Но помочь талантливо прожить студенческие годы – это в наших силах. Первая Бухарская Международная конференция студентов-медиков и молодежи, BIMSC-2019, на мой взгляд, как раз и является той площадкой, которая помогает и способствует открытию молодых научных талантов. Перефразируя нашего великого ученого и мыслителя, выходца Бухары Абу Али ибн Сино, я желаю Вам всем как будущим специалистам медицины, что бы у Вас был взгляд сокола, руки девушки, мудрость змеи и сердце льва. Желаю Вам творческих успехов и новых свершений на благо здравоохранения.

С большим уважением к Вам, ректор БухГМИ, профессор А.Ш. Инояттов

1-СЕКЦИЯ. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ И ПРИКЛАДНЫЕ ВОПРОСЫ ФИЗИОЛОГИИ

Бармо О.Б., 2-курс

ВЛИЯНИЕ СТРЕССА НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

Научный руководитель: асс. Гусева Т.Е.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская

Федерация

Кафедра нормальной физиологии

Психофизиологические механизмы стресса позволили человеку сохраниться как виду. Физиологические реакции на стресс у человека сходны с теми, что имеют животные. В момент изменения условий окружающей среды организм готовится к бегству или атаке. Однако если в древние времена эти особенности помогали выжить и прекратить воздействие раздражителя, то сегодня стресс продолжителен, т.к. связан он с другими факторами. События, которые заставляют животных нервничать, всегда связаны с попытками выжить, приспособиться к другому климату; у человека же стресс очень редко является следствием стремления выжить. Таким образом, получается, что ЦНС многократно активизирует защитные механизмы зря. Частая активация организма вызывает разлад реакций. И стрессоры являются меньшим злом для организма, чем сама реакция. Физический стресс – это работа 2 базовых систем реакции на стрессор. Они могут быть активированы или не включены в контроль в зависимости от интенсивности и длительности проявления влияния стрессового фактора. Для начала тело должно идентифицировать тип стрессора. Для этого мозгу нужно задействовать функции восприятия и памяти. При идентификации угрозы ЦНС интегрирует информацию о ней, в результате чего лимбическая система (гиппокамп и мозжечок) стимулирует эмоциональную реакцию. Она формирует поведенческую линию, необходимую для выживания [2].

Лимбическая система приводит в действие гипоталамус, который контролирует гармонию физических реакций с эмоциональным состоянием. Он же осуществляет контроль продуцирования стрессовых реакций симпатoadреналовой системой и гипофизарно-надпочечниковой стрессовой осью. Обе они регулируют работу сердечной системы [1].

Физиологические признаки стресса появляются далеко не самыми первыми. Чаще всего наблюдаются следующие изменения в поведении пациента, которые заметны окружающим: агрессивность, неспособность адекватно оценивать ситуацию: человек не может подолгу находиться на одном месте (поведение обусловлено защитной реакцией организма на происходящее); пассивность, нежелание видеть людей, общаться с ними: постепенно эти признаки становятся более явными и приближают человека к стойкой клинической депрессии; у человека проявляются одновременно и первый и второй симптомы: его мозг находится на пределе, кажется, он вот-вот

сорвётся, но пациент резко отвергает все попытки помочь, старается избегать общения, т.к. навязчивые мысли и образы не дают мозгу расслабиться ни на секунду [1].

Есть несколько видов стресса, и благодаря многочисленным изысканиям в области психофизиологии выделяют два вида стрессовых состояний - эустресс и дистресс. Эустресс - положительный. Он запускает необходимые для устранения раздражителя изменения в организме, повышает умственную и физическую активность, ускоряет реакцию. Когда нужно добежать марафон, то открывается «второе дыхание». Или при подготовке отчета сотрудник способен работать большее количество времени и гораздо эффективнее. Следует помнить, что ресурсы, потраченные на такой «марафон», необходимо восстановить, иначе велик риск возникновения второго вида стресса. Дистресс - отрицательный. Появляется тогда, когда организм больше не в силах бороться с внешними раздражителями (хронический недосып или бесконечные проблемы в семье, как бы вращающиеся вокруг своей оси, конфликты на работе). Именно такое состояние мы подразумеваем, когда говорим, что находимся «в состоянии стресса». Именно из-за него многие люди пьют антидепрессанты, алкоголь или обращаются за помощью к специалистам. Обычно, говоря о возникновении стресса или депрессии, подразумевают именно его.

Рассмотрим механизм формирования стресса. Физиологические стрессоры подразделяют на 2 группы. Внешние – переохлаждение, перегрев. Внутренние – переизбыток эмоций, жажда, голод, болевой шок. Тревожность – это первая реакция на раздражитель. ЦНС подаёт организму сигнал и приводит его в полную боевую готовность, обостряя все чувства и обеспечивая мощный выброс гормонов в кровь. За такую реакцию отвечает симпатический отдел ЦНС, на который человек не может повлиять. Этот отдел реагирует молниеносно на все изменения внешней среды. Чем масштабнее изменение, тем сильнее реакция. Тяжелее и её последствия для организма в целом. Как только поступает информация об изменениях любого плана, вегетативная система начинает активно действовать, ещё не разобравшись, что именно произошло. Для обеспечения любой реакции организма нужна энергия. Вегетативная система ускоряет обмен веществ для выработки её большего количества. Резко увеличивается поступление кислорода в кровь, что обеспечивает ускоренную работу мозговых центров. На все эти действия симпатический отдел затрачивает доли секунд и на этом его дело закончено.

Стадии стресса. Следующие действия производит эндокринная система, возбуждённая ЦНС. Она контролирует все процессы в организме посредством выработки гормонов. Поддерживает все изменения, активированные нервной системой при помощи адреналина. Выработкой этого гормона занимаются надпочечники. Процесс может занять от нескольких секунд до 15 минут [3].

Негативное влияние этого состояния на женский организм особенно опасно. Попадая в сложные жизненные ситуации, представительницы прекрасного пола могут обнаружить нарушения гинекологического здоровья. Влияние стресса на менструацию проявляется в том, что сбивается

регулярность или длительность кровотечения, возникает болезненность. Могут появиться проблемы в интимной сфере.

Изменения способны проявиться даже при незначительном отклонении от привычного образа жизни. На их появление влияют различные факторы: поддержание диеты, увеличение физической нагрузки, изменения веса. Сильнейшими стрессорами для представительниц слабого пола считаются беременность, роды, выкидыш, аборт - всё это способно отразиться на женском здоровье. Как справиться с последствиями, ведь, негативные последствия стресса проще предотвратить, поэтому важно научиться контролировать себя. Для этого необходимо освоить несколько приёмов, позволяющих нормализовать психоэмоциональное состояние. Обязательно стоит выпустить накопленный негатив, поработать над своим дыханием, восстановить его нормальный ритм. Уменьшить пагубное влияние стресса на организм можно с помощью силы искусства [3].

Можно и нужно справляться со стрессом, не усугубляя ситуацию и не теряя хорошее расположение духа. Это поможет сохранить здоровье и социальные связи, а также ощущение, что человек является полноправным хозяином своей жизни!

Список литературы

1. Ю.Щербатых «Психология стресса и методы коррекции» - СПб, Питер, 2008.
2. Селье Ганс «Стресс без дистресса», М.: Прогресс, 1982
3. Попова Л.М., Соколов И.В. «Стресс жизни: Понять, противостоять и управлять им», СПб.: ТОО «Лейла», 1994

Башмакова И.Н., 3-курс

ИССЛЕДОВАНИЕ КОНЦЕНТРАЦИЙ СЫВОРОТОЧНОГО АНГИОПОЭТИНА-2 ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОВ ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Научный руководитель: к.м.н., доц. Шамитова Е.Н.

ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова»,
Россия, Республика Чувашия, г. Чебоксары.

Кафедра фармакологии, клинической фармакологии и биохимии

Кровеносные сосуды возникают в результате двух процессов, называемых васкулогенезом и ангиогенезом. Васкулогенез начинается в эмбриональном периоде, а в ангиогенезе сосудистые сети создаются из уже существующих. Физиологический ангиогенез происходит во время таких процессов, как менструальный цикл, эмбриональное развитие, восстановление тканей и рост костей. Ангиогенез активируется гипоксией. После этого базальная мембрана разрушается металлопротеазами, и эндотелиальные клетки (ЕС) пролиферируют. Набор перicyтов стабилизирует новообразованные сосуды. После стабилизации и структурирования новой сети микрососудов баланс между проангиогенными и антиангиогенными факторами в

физиологическом ангиогенезе возвращается к базовым уровням, и процесс завершается.

Ангиопоэтины- это белковые факторы роста, стимулирующие ангиогенез. В настоящее время подтверждено существование 4 типов ангиопоэтинов - Ang1, Ang2, Ang3 и Ang4. Они являются природными лигандами рецептора Tie-2, который экспрессируется главным образом на ЭК и ранних гематopoэтических клетках. Ангиопоэтины регулируют сосудистый гомеостаз с помощью эндотелиальных тирозинкиназ Tie-рецептора. Ang1 поддерживает стабилизацию эндотелия посредством активации Tie2, действует как регулятор созревания кровеносных сосудов и обладает противовоспалительными свойствами, способствует стабильности EC, индуцируя фосфорилирование Tie-2. Ang-2 представляет собой секретируемый гликопротеин, который играет сложную роль в сосудистом развитии. Он приблизительно на 60% идентичен своему гомологу Ang-1. Ang-2 содержит N-концевой суперспирализованный домен в регионе 58-254 аминокислотных остатка (aa) и C-концевой фибриноген-подобный домен в регионе 281-467 aa, который также обнаружен в других белках, включая фибриноген, тенасцин и фиколин. Расположенные в N-конце нити из гидрофобных остатков типичны для секреторной сигнальной последовательности. Функциональная роль Ang-2 заключается в том, чтобы действовать в качестве конкурентного антагониста Ang-1 в EC и VSMC. Он подавляет передачу сигналов Tie-2, освобождая тем самым эндотелий сосудов от усиливающего ингибирующего влияния Ang-1

Первые исследования *in vitro* с использованием человеческих иммортализованных эндотелиальных клеток пупочной вены (HUVECs) показали, что Ang-1, но не Ang-2, может стимулировать фосфорилирование тирозина в Tie-2 и предположили, что Ang-2 может действовать как конкурентный ингибитор Ang-1 сигналинга. Согласно своей роли Ang-1/Tie-2 ингибитора, трансгенная избыточная экспрессия Ang-2 приводит к нарушению эмбриональных кровеносных сосудов. Ангиопоэтин-2 (Ang-2) играет большую роль в участках ремоделирования сосудов, уменьшая дестабилизацию соединений эндотелиальных клеток для усиления ветвления и прорастания новых сосудов. Этот белковый фактор роста может проявлять различные виды активности в зависимости от условий в разных микросредах.

Цель. Изучить влияние ЧКВ на концентрацию Ang-2 в сыворотке крови, проанализировать корреляцию между уровнем Ang-2 и степенью стеноза коронарной артерии при ИБС.

Материалы и методы. 22 пациента госпитализированных в отделения Республиканского кардиологического диспансера в течении 2018 года с ИБС были выбраны в качестве основной группы. Каждому из пациентов была проведена коронарная ангиография (САГ) и ЧКВ. В качестве контрольной группы были отобраны 10 здоровых человек соответствующего возраста. Пациенты с диабетом, пороком сердца, системными инфекционными заболеваниями или инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST были исключены из исследования. Исследование включало изучение уровней Ang-2,

липидов, глюкозы, инсулина. Образцы венозной крови были взяты у всех пациентов с ИБС утром после поступления и в течение 24-48 часов после ЧКВ. Образцы крови из контрольной группы были взяты во время медицинских осмотров. Все образцы крови собирали в пробирки без антикоагулянта и затем центрифугировали при 5000 об/мин в течение 5 минут. Сыворотки хранили при -20 С до анализа. Клинические данные, включающие возраст, пол, вес, рост, курение сигарет, гипертонию в анамнезе и результаты лабораторных анализов, были собраны путем анализа медицинских карт пациента. Хирурги, выполняющие оперативное вмешательство, заполнили еще один лист данных, содержащий сопутствующие оценки пациента. Все пациенты получали стандартную медицинскую помощь для своих клинических состояний.

Исследование проводилось в лаборатории кардиодиспансера и централизованной лаборатории. После выполнения исследований глюкозы, инсулина и определения уровня липидов, сыворотки замораживались и после набора группы проводилось исследование парных сывороток крови пациентов до ЧКВ и после ЧКВ набором Human Angiopoietin-2 Quantikine ELISA Kit предназначенным для количественного определения человеческого ангиопоэтина-2 в образцах супернатантов клеточных культур, сыворотки, плазмы крови и слюны методом иммуноферментного анализа. Тропонин I был выполнен методом твердофазного хемилюминесцентного иммуноферментного анализа.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования не было обнаружено существенных различий между группами по возрасту, по полу, вредным привычкам, холестерину липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) и триглицеридам. Результаты лабораторных тестов приведены в таблице 1.

Лабораторные тесты	Группа с ИБС	Контрольная группа
Тропонин I (0,0-1,0 нг/мл)	0,87±0,52	0,15±0,5
Креатинин сыворотки (46,00-70,00 мкмоль/л) Кинетический метод (метод Яффе)	82,15±24,56	63,30±48,20
ЛПНП (0,00-3,30 ммоль/л Ферментативный колориметрический метод.	4,85±2,64	2,45±1,23
Ang-2 в сыворотке до ЧКВ	3824,15±1248,15	1624,23±1124,6
Ang-2 в сыворотке после ЧКВ	2647,5±1063,6	-

У пациентов основной группы наблюдался более высокий уровень гипертонии, повышение значений холестерина липопротеинов низкой плотности (ЛПНП). Концентрация Ang-2 в сыворотке до ЧКВ в основной группе была значительно выше, чем в контрольной группе (3824,15±1248,15 пг/мл; 1624,23±1124,6 пг/мл). Чтобы наблюдать влияние ЧКВ на концентрации

Ang-2 в сыворотке мы сравнивали уровни сывороточных концентраций Ang-2 в сыворотке до и после ЧКВ. Результаты показали, что концентрации маркеров значительно снижались после ЧКВ ($2647,5 \pm 1063,6$ пг/мл; $3824,15 \pm 1248,15$). Необходимо признать несколько ограничений в нашем исследовании. Во-первых, размер выборки был небольшим. Во-вторых, не были проанализированы другие клинические факторы, такие как употребление наркотиков и не учитывались стадии заболевания ИБС. В-третьих, последовательное измерение Ang-2 было выполнено в течение 24-48 часов и мы не можем исключить возможные изменения Ang-2 позднее 48 часов после ЧКВ.

Выводы. В настоящем исследовании мы продемонстрировали, что концентрации сыворотки Ang-2 у пациентов с ИБС значительно снижаются после ЧКВ. Гипоксия действует как стимул для эндотелия, что приводит к увеличению концентрации Ang-2; Ang-2 улучшает баланс подачи и потребления кислорода, способствуя ангиогенезу; ангиогенез способствует образованию новых функциональных сосудов для уменьшения гипоксии путем обеспечения кислородом; и концентрации Ang-2 впоследствии уменьшаются. Полученные результаты позволяют предположить, что Ang-2 можно использовать в качестве биомаркера ишемии миокарда и ремоделирования сосудов.

Rajabova D., 2-bosqich

BUYRAK KASALLIKLARIDA EKOLOGIK OMILLARNING TA'SIRINI O'RGANISHDA ZAMONAVIY PATOFIZIOLOGIK ASOSLAR

Ilmiy rahbar: ass. Bahronov J.J.

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti. O'zbekiston
Fiziologiya va patologik fiziologiya kafedrası

Maqsad. Buxoro mintaqasida ichimlik suvini inson organizmga ta'sirini buyraklarning rolini o'rganish. Inson hayot faoliyati davomida juda ko'plab modda almashinuvi mahsulotlari hosil bo'ladi. Bu mahsulotlar hujayra tomonidan foydalanilmaydi va albatta tashqariga chiqarib yuborilishi kerak. Bundan tashqari organizm turli zararli moddalardan, yot organik moddalardan, ortiqcha suv va tuzlardan xoli bo'lishi kerak. Inson chiqaruv jarayonlarida buyraklar, o'pka, teri, hazm tizimi, jigarlar ishtirok etadi. Buyraklar chiqaruv jarayonining eng asosiy a'zolaridan biri bo'lib, uning faoliyati buzilishi oqibatida juda ko'plab kasalliklarning kelib chiqishiga sabab bo'ladi. Buyrak kasalliklari umumiy kasalliklarning 6% ini tashkil etib, turli mamlakatlarda 1,8-2% aholida uchraydi. Bemorlarning taxminan 60 foizi 30-45 yoshdagilar bo'lib, bu kasalliklarning ko'proq surunkali kechishi, davolash usullarining, afsuski, hali kam samaraliligi va ko'pincha o'limga olib kelishidan dalolat beradi.

Material va usullar. Buxoro viloyati hududida ekologik toza ichimlik suvi global muammolardan biri bo'lganligi sababli buyrak kasalliklarni uchrashi tez-tez kuzatilib turishi kuzatiladi. Shuning uchun Buxoro mintaqasining har xil hududiy birliklarida umumiy siydik tahlillari o'tkazilib solishtirish ishlari amalga oshirildi.

Buning uchun Buxoro shahri va Olot tumani 14-16 yoshdagi maktab o'quvchilari orasidan 12 boladan tanlab olindi.

Olingan natijalar. Buxoro shahri 2-son o'rta maktabning 6-sinf o'quvchilari orasidan 12 nafar o'g'il boladan olingan siydik test poloska bilan tekshirilganda siydikdagi o'rtacha pH ko'rsatgichi 4,12-4,27 gacha, Olot tumani 4-sonli o'rta maktab 6-sinf o'quvchilari orasidan 12 nafar o'g'il boladan olingan siydik test poloska bilan tekshirilganda siydikdagi o'rtacha pH ko'rsatgichi 4,68-4,84 gacha korsatgichni tashkil qildi.

Xulosa. Buyraklarning turli sabablar ta'sirida shikastlanishi va faoliyatining buzilishi kuzatiladi. Nefropatiyalarning asosiy sabablarini o'rganish. Birinchi navbatda ekologik muhitni o'rganish. Nefropatiyalar kelib chiqishidagi turli omillarni o'rganib chiqishdan iborat.

Buyrakdan tashqari omillar:

1. asab regulyatsiyasining buzilishi
2. endokrin regulyatsiyasining buzilishi
3. umumiy va buyrakda qon aylanishining buzilishi
4. siydik chiqishini buzilishi (tosh hosil bo'lishi, siydik naychasi qisilishi va h.k)
5. buyrakda og'ir kechadigan infeksiya va intoksikatsiyalarida (sepsis, xolera, og'ir metallar tuzlari bilan zaharlanish) shikastlanishi kabi omillar sabab bo'ladi.

Buyrak bilan bog'liq omillar:

- a) buyrak koptokchalarining yallig'lanishi;
- b) buyrakning nospetsifik va spetsifik tabiatli infeksiyon yallig'lanish jarayonlari;
- c) kanalchalarning distrofik o'zgarishlari;
- d) nefroskleroz;
- e) buyrak anomaliyalari;
- f) kanalchalar ferment tizimining nasliy nuqsonlari;

Struktura- funksional printsip asosida buyrak kasalliklarini guruhlariga ajratilgan holda o'rganish va ularni analiz qilishdan iborat. Nefropatiyalarni keltirib chiqaruvchi omillarni o'rganib chiqishda eng avvalo ekologik omillar ta'sirini alohida e'tiborga olish kerak.

¹Сулимов Э.Д., 3-курс, ¹Габеева В.Р., 5-курс, ²Рахматуллина Д.А.: 4-курс
**МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕАКЦИИ СОСУДОВ
МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА У ПАЦИЕНТОВ С
ПЕРЕЛОМАМИ СЕГМЕНТОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В
ЗАВИСИМОСТИ ОТ НОСИТЕЛЬСТВА ОДНОНУКЛЕОТИДНЫХ
ПОЛИМОРФНЫХ АЛЛЕЛЕЙ В ГЕНАХ КАНДИДАТОВ
НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К ТРОМБОФИЛИИ**

¹РостГМУ, Ростовский государственный медицинский университет. Российская
Федерация

²БГМУ, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа,
Республика Башкортостан, Российская Федерация

Научные руководители: асс. Сасько С.С., д.м.н., доц. Березовский Д.П.
Кафедра судебной медицины

Количество выполненных оперативных вмешательств пациентам травматолого-ортопедического профиля за последние десятилетия не снижается [1]. Это обусловлено как высокими показателями производственного и бытового травматизма, так и ростом количества заболеваний опорно-двигательного аппарата (ОДА) у пациентов различных возрастных групп [2]. В большинстве случаев, лечение пациентов с патологией ОДА требует оперативного вмешательства. Опубликованы многочисленные труды по применению тех или иных металлоконструкций при различных травмах и заболеваниях ОДА, предложены их стандарты и алгоритмы лечения. Однако даже при выполнении всех рекомендаций и стандартов при оперативном лечении травм и заболеваний ОДА нередко бывают осложнения. К одному из грозных осложнений оперативных вмешательств относят развитие тромбоза глубоких вен нижних конечностей (ТГВНК) и тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) [3]. По результатам аналитических исследований частота венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) у больных с переломами костей нижних конечностей достигает 74-80% [4]. В ортопедической практике после эндопротезирования коленного и тазобедренного суставов ВТЭО составляют около 42-85%, в случаях множественной и сочетанной травмы этот показатель достигает 50-86% [5]. Несмотря на успешное применение современных методов профилактики ВТЭО, сохраняются высокие показатели указанной патологии после проведенного оперативного вмешательства, что позволяет говорить о неполном учёте факторов риска развития ВТЭО в пред- и послеоперационном периодах.

Научная гипотеза: Возможна ли персональная оценка риска развития тромбоэмболических осложнений у пациентов с переломами сегментов нижних конечностей?

Цель. Совершенствование методов стратификации риска развития венозных тромбоэмболических осложнений механической травмы ОДА с учетом наличия наследственных факторов предрасположенности к повышенному тромбообразованию в сочетании с морфометрической картиной сосудов микроциркуляторного русла в зоне повреждения и на отдалении (т.е. интактной зоне).

Материалы и методы. Объектами исследования послужили: пациенты с травмой опорно-двигательного аппарата и медицинские карты стационарного больного травматологического отделения ГБУ РО «Областная клиническая больница № 2». В ходе исследования были отобраны клинические случаи с пациентами (54 человека, возрастом 26-90 лет), имевшими переломы сегментов нижних конечностей, давностью до 7 дней с показаниями к открытой репозиции, металлоостеосинтезу. Критериями исключения послужили: все случаи с застарелыми переломами, гнойные осложнения переломов, патологические переломы, наличие сопутствующего диагноза системного

заболевания крови, соединительной ткани, диффузных или локальных опухолевых процессов. При выполнении оперативного вмешательства осуществлялся забор участка мышечной ткани из зоны перелома с явными макроскопическими признаками повреждения, а также на удалении от места травмирования без макроскопических признаков кровоизлияний, размятий или разможнения. Биопсийный материал фиксировали в 10% нейтральном формалине, после чего проводилось гистологическое исследование. Окраску гистологических препаратов проводили гематоксилин-эозином. Исследование гистопрепаратов осуществляли с помощью светового микроскопа «Olympus BX-51» с системой фото- и видеофиксации изображения «Olympus EX-25». Оценивали: диаметр поперечнополосатого скелетного миоцита, толщину стенки капилляра, визуальное наличие или отсутствие тромбов. В завершение, образцы подвергались генетическому типированию на предмет наличия точечных мутаций или полиморфизмов в генах-кандидатах наследственной предрасположенности к тромбофилии (MTHFR677CT и NOS3894 GT).

Полученные количественные данные обрабатывали методом вариационной статистики с использованием прикладных субпрограмм программного продукта Microsoft Excell 2007 в разделе описательной статистики, определения стандартных отклонений и сравнения выборок. Вычисляли среднее арифметическое, ошибку среднего. О достоверности отличий учитываемых показателей судили по величине t-критерия Стьюдента после проверки распределения на нормальность. Статистически достоверными считали отличия, соответствующие оценке ошибки вероятности $p < 0,05$.

Результаты. Было установлено, что среди пациентов в случайной выборке носительство аллельных вариантов только по двум генам кандидатам наследственной предрасположенности к повышенному тромбообразованию составило: для гена MTHFR677CT - $46,3 \pm 6,79\%$ с «диким» генотипом, а для гена NOS3894 GT - $53,7 \pm 6,79\%$. Следовательно, половина пациентов-носители наследственного фактора риска повышенного тромбообразования, обусловленного как повышенной концентрацией гомоцистеина, так и сниженной концентрацией или повышенной утилизацией сосудорасширяющего фактора-NO. Морфологическими маркерами наследственной предрасположенности к повышенному тромбообразованию являются такие показатели как толщина эндотелия вен малого калибра ($4,52 \pm 0,25$ мкм для носителей «дикого» генотипа) и диаметр артерий ($322,28 \pm 89,85$ мкм для «носителей «ликого» генотипа в зоне механического воздействия) и вен малого калибра ($316,62 \pm 57,52$ мкм для «носителей «дикого» генотипа в зоне механического воздействия) микроциркуляторного русла.

Выводы. Морфогенетическая спецификация пациентов с предрасположенностью к повышенному тромбообразованию открывает перспективу персональной оценки риска развития тромбоэмболических осложнений.

Список литературы

1. Жуперин, Е.А. Постфлеботромботический синдром нижних конечностей при переломах костей голени / Е.А. Жуперин, В.А. Овчинников, К.А. Гошадзе, В.А. Ефременко // Материалы международной конференции «Новые технологии в военно-полевой хирургии и хирургии повреждений мирного времени». СПб, 2006, с.185;
2. Межебицкая, Л.О. Роль динамического ультразвукового исследования вен нижних конечностей в диагностике и определении сроков формирования тромбоэмболических осложнений у пострадавших с политравмой Л.О. Межебицкая, Е.Ю. Трофимова, Е.И. Бялик, М.Н. Семенова // Ультразвуковая и функциональная диагностика. 2009. №2. С. 71-77;
3. Занина, И.А. Российская статистика по показателям производственного травматизма / И.А. Занина, О.В. Чернышенко, Е.И. Костромина // Actualscience. 2015. Т.1. №3(3). С. 77-79;
4. Михайлов, Ю.М. Сравнительный анализ показателей дорожно-транспортного травматизма по данным мвд россии и медицинских учреждений / Ю.М. Михайлов, А.Г. Мирошниченко, Ю.В. Павлов, А.А. Зе, В.В. Стозкарров // Скорая медицинская помощь. 2007. Т.8. №1. С.12-13.
5. Мамаев, В.И. Индивидуальная предоперационная подготовка больных с последствиями переломов костей на основе прогностического алгоритма / В.И. Мамаев // Гений ортопедии. 2008. №4. С.118-122;

Темирхан А., 2-курс, Аубакиров Б., 3-курс

АДРЕНАЛИНОВЫЙ ОТЕК ЛЕГКИХ

Научные руководители: ст.преп-ль. Таласпекова Ю.П., асс. Койшыгарина Г.Б.
НАО «Медицинский университет Караганды». Казахстан
Кафедра патологии

Отек легких тяжелейшее осложнение многих заболеваний, возникающее вследствие нарушения в легких водного обмена, при котором трансудация жидкости не уравновешивается ее резорбцией и сопровождается накоплением в интерстициальной ткани и альвеолах. Изучение механизмов развития различных видов легочного отека показано, что нарушение проницаемости легочной мембраны играют первостепенную роль в его патогенезе. Однако основные закономерности патологии проницаемости легочной мембраны при медикаментозных формах отека изучены недостаточно.

Цель. Дальнейшее выяснение патогенетических механизмов и условия развития лекарственно-индуцированного отека легких, с помощью экспериментального моделирование адреналинового отека легких.

Материалы и методы. Настоящая работа выполнена на одной из экспериментальных моделей легочного отека – адреналинового отека легких.

Опыт проводится на 2 белых крысах массой 150-155 гр, одна из которой контрольная. Опытную крысу помещают на кювету под стеклянную воронку соответствующего размера и под воронку помещают ватку, смоченную эфиром.

Под влиянием эфирного наркоза опытной крысе вводится 0,1 % раствора хлористо-водородного адреналина в бедренную вену, из расчета 0,15 мл на 100 гр массы животного.

Контрольную крысу поместили так же под воронку, но уже с летальной дозой эфира. После смерти обеих крыс скрывают для сравнения легкого.

В ходе сравнение двух крыс мы заметили следующее:

1. У опытной крысы увеличился легочный коэффициент до 1,2 (процентное соотношение массы легких к массе тела), в норме который составляет 0,6-0,76;

2. Легкое опытной крысы был увеличен в размерах, выполняя всю грудную полость, прикрывая переднее средостение багрово-красного цвета, тестоватой консистенции с участками кровоизлияний ярко-красного цвета. Межалвеолярные перегородки утолщены из-за резкого полнокровия капилляров. При порезе ножницами из легкого выделилось большое количество кровавой пены.

Результаты. Опыт показывает, что одной из причин развития отека легких лежит в действии местных факторов, усиливающих фильтрацию жидкости из капилляров в альвеолы и ткань легкого: повышается гидростатическое давление и возникает влияние гипоксии на легочные капилляры и поражение собственно самой капиллярной стенки. Повышение проницаемости сосудов межуточной ткани и легочной (воздушно-кровяной) мембраны привело к выходу жидкости богатой белками в легочную ткань. Быстрому развитию отека легких способствует очень большая площадь фильтрации легочных капилляров, а также низкое механическое противодействие ткани легких. Белково-содержащая жидкость смывает со стенок альвеол сурфактант, в результате отечная жидкость вспенивается, заполняет альвеолы и воздухоносные пути. Поэтому газообмен в легких нарушается, развивается асфиксия.

Выводы. В ходе опыта на белых крысах была воспроизведена экспериментальная модель отека легких, с помощью которой можно изучить основные закономерности патологии проницаемости легочной мембраны при медикаментозных формах отека легких.

Полученные нами результаты представляют собой начальный этап дальнейшего исследования данного вопроса.

2-СЕКЦИЯ. ИММУННЫЙ ГОМЕОСТАЗ В УСЛОВИЯХ ПАТОЛОГИИ

Абидов Ф.О., 5-курс

МИЕЛОПЕРОКСИДАЗНАЯ АКТИВНОСТЬ НЕЙТРОФИЛОВ У ДОПРИЗЫВНИКОВ С ТРОМБОЦИТОПЕНИЯМИ

Научные руководители: Халматова Н.М., Абдуллаев Р.Б., Маткаримова Д.С.,
Рахманова У.У.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии. Узбекистан
Кафедра факультетской и госпитальной терапии

Известно, что важная роль в системе гуморально-клеточной регуляции принадлежит нейтрофильным гранулоцитам, обеспечивающим неспецифическую защиту организма. Состояние метаболической и функциональной активности клеток периферической крови напрямую зависит от метаболического статуса организма и позволяет оценить наиболее важные звенья энергетического обмена в тканях. Особенности реакций нейтрофилов при тромбоцитопениях у допризывников практически не изучены.

Цель. Изучение активности миелопероксидазы (МП) нейтрофилов периферической крови у допризывников с тромбоцитопениями.

Материал и методы. Клинико-лабораторные исследования проведены у 20 юношей допризывного возраста (15-17 лет) с приобретенными тромбоцитопениями. Больные были выявлены при помощи скринингового исследования с использованием карты-опросника во время медицинского обследования допризывников. Определение активности МП в нейтрофилах периферической крови осуществлялось по методу Лилли (1969г.) и выражалось в условных единицах (у.е.), рассчитанных с помощью индекса Kerlou.

Результаты. Анализ данных показал, что активность МП нейтрофилов в группе обследуемых оказалась ниже контрольного уровня (219,3±3,1у.е.) и составило в среднем 142,5±3,2у.е. Учитывая, что МП является окислительно-восстановительным ферментом, содержащимся в клетках миелоидного ряда и катализирующим реакцию окисления химических соединений за счет кислорода, снижение ее активности у обследованных свидетельствует о наличии дисбаланса защитных реакций в организме, обусловленных длительным воздействием вредоносных факторов. Так, у обследуемых больных в исследуемых группах были параллельно выявлены патология ЛОР – органов (n8), патология ЖКТ (n8), патология легких (n2), патология почек (n2).

Выводы. Таким образом, результаты позволяют обоснованно рекомендовать комплексное обследование ферментативной активности нейтрофилов у всех допризывников с тромбоцитопениями с целью коррекции ее нарушений, что обеспечит профилактику осложнений и позволит проводить адекватную терапию данного заболевания.

Роголёв А.В., 1-курс

ВЛИЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ НА МЕСТНЫЙ ИММУНИТЕТ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ ЧЕЛОВЕКА

Научный руководитель: к.б.н. Ковалёва Ф.Ф.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская

Федерация

Кафедра химии

Актуальность исследования заключается в не изученности закономерностей регуляции работы слюнных желез, что доказывается многочисленными спорами по поводу влияния симпатической и парасимпатической нервной систем на работу органа выделения. В связи с этим мы решили провести данное исследование иммунологической активности ротовой жидкости человека, что в результате позволит нам сделать немаловажное заключение о закономерностях формирования иммунного ответа организма человека на основании изученных компонентов ротовой жидкости.

Цель. Выявление зависимости влияния факторов психоэмоционального состояния человека на иммунологическую активность компонентов ротовой жидкости основываясь на антибактериальной функции фермента лизоцима (мурамидазы).

Задачи: сбор теоретических данных по выбранной теме; определение методики исследования; создание группы исследуемых; сбор данных, полученных в результате исследования; подсчеты, систематизация полученной информации; заключение и подведение итогов исследования.

Лизоцим-структура, состоящая из 130 аминокислотных остатков, содержащаяся в основном в слюне, слезной жидкости, печени, крови и др. жидкостях организма, обладающая бактерицидным действием, является частью иммунологической составляющей тканевых жидкостей организма, активно контактирующих с окружающей средой. Механизм лизиса заключается в захвате центрами фермента двух остатков аминокислот, связанных В-1,4 гликозидной связью, формирования конформационного состояния связи, близкого к переходному, при котором связь между D и E связями легко разрушается. Таким образом фермент за счет активных центров, расположенных между двумя доменами мурамидазы, осуществляется гидролиз связи между N-ацетилглюкозамина и N-ацетилмурамовой кислоты, однако точный механизм реакции пока не известен. В основе нашей исследовательской работы мы опирались на антибактериальную функцию фермента лизоцима (мурамидазы). Это определило выбор следующей методики исследования активности данного компонента ротовой жидкости, а также особенности правил сбора биоматериала. На первом этапе проведения измерений мы рассмотрели и измерили воздействие мурамидазы на лизоцим чувствительную культуру, для чего смешали взвесь инактивированных микрококков, выращиваемых до эксперимента в течение 24ч., с ротовой жидкостью в ячейке плашки, после чего на протяжении 20-25 минут с перерывом между измерениями в 5 минут

определяли величину светопропускной способности смеси. Определение активности лизоцима проводилась нефелометрическим методом. В этом случае об активности лизоцима судили по изменению степени светопропускания опытной микробной взвеси микрококка по сравнению с исходной. Имея результаты проведения исследования ротовой жидкости на общий белок, а также на абсорбционную способность при взаимодействии с культурой микрококков, можно сделать пересчет полученной активности на белок, чтобы сопоставить все результаты исследования в один ряд аналогичных значений. В свою очередь условные единицы активности преобразуем в значения активности фермента путем осуществления пересчета значений условных единиц активности фермента на количество белка. Стоит заметить, что у каждого испытуемого по результатам исследования было заметно влияние фактора психоэмоционального воздействия, при котором у человека активность фермента снижалась.

Таблица 1

Среднее значение активности лизоцима

1 испытуемый max	0,00170335	5 испытуемый max	0,0015873
1 испытуемый min	0,0009289	5 испытуемый min	0,00040689
2 испытуемый max	0,00073375	6 испытуемый min	0,00023785
2 испытуемый min	0,00096491	6 испытуемый max	0,00112918
3 испытуемый min	0,00186782	7 испытуемый min	0,00380952
3 испытуемый max	0,00127758	7 испытуемый max	0,00112325
4 испытуемый min	0,00391111	8 испытуемый min	0,00144928
4 испытуемый max	0,0007802	8 испытуемый max	0,00122133

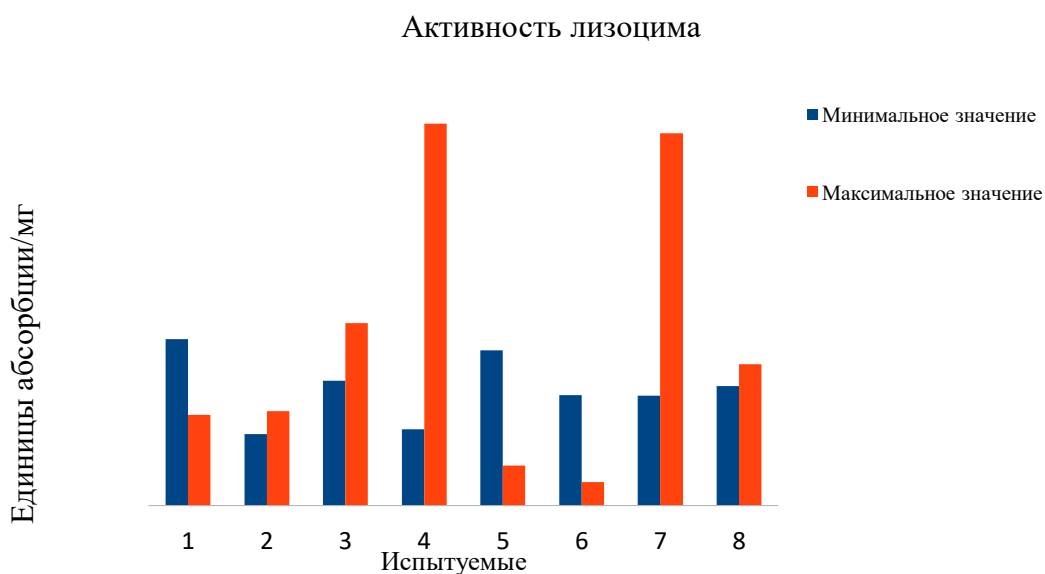


Рис. 2 Активность лизоцима

Таким образом, при анализе полученных в результате исследования данных таблицы №1 и гистограммы можно заметить, что у испытуемых номер 1,5,6 показания активности лизоцима в момент наибольшей психоэмоциональной нагрузки на психосоматику больше, чем в момент наибольшей независимости от факторов окружающей среды. В свою очередь остальные испытуемые в момент наибольшей нагрузки имели меньшую активность данного фермента в сравнении с показателями активности в момент отсутствия влияния внешних факторов на психоэмоциональное состояние человека, что говорит о снижении иммунологической активности ротовой жидкости. В среднем разность усредненных показателей удельной активности лизоцима составляет $0,001373 \pm 0,00067$ у.е./мг. В итоге можно судить о том, что стрессовые факторы, воздействуя на психоэмоциональное состояние человека, снижают иммунную активность ротовой жидкости.

3-СЕКЦИЯ. ПРОБЛЕМЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ИММУНОЛОГИИ И АЛЛЕРГОЛОГИИ, МИКРОБИОЛОГИИ, ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Абидов Ф.О., 5-босқич

ХРОНИК ГЕПАТИТ КАСАЛЛИГИДА ПАРХЕЗ ДАВОЛАШНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

Илмий раҳбар: асс. Абдуллаев Р.Б.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали. Ўзбекистон

Инфекцион касалликлар кафедраси

Хоразм вилоятида истеъмол этиладиган миллий таомларнинг пархезлик сифатини аниқлаш, уларни турли касалликларда, жумладан жигар хасталикларида қўллашга оид масалаларни илмий жихатдан асослаш тадқиқотимизнинг **мақсади** бўлди.

Материал ва услублар. Кузатувимиз пархез №5 Хз (Хоразмча) тавсия қилинган, хроник гепатит (ХГ) касаллиги бўйича даволанаётган, 20 ёшдан 55 ёшгача бўлган 28 беморда ўтказилди. Назорат гуруҳи сифатида ёши, жинси ва ташҳиси бир хил бўлган, пархез №5 тавсия қилинган 12 бемор кузатилди. Асосий ва назорат гуруҳларидаги беморларга бир ҳилдаги ХГ касаллигида умум қабул қилинган дори воситалари белгиланди. Даволашдан олдин ва кейин беморларда кон, сийдик ва нажазнинг умумий клиник анализи, қонидаги АЛТ, АСТ, умумий оксил, билирубин ва унинг фракциялари, протромбин, холестерин, в-липопротеидлар, ишқорий фосфатаза, лактатдегидрогиназа миқдори, қоннинг ивувчанлиги аниқланди, тимол синамаси ўтказилди. Механик ва киёвий таъсирлардан химояловчи мазкур пархез беморга ташхис қўйилгандан бошлаб тайинланади ва касалликнинг барча босқичларида давом эттирилади. Пархезнинг асосини ўзбек миллий, шу жумладан Хоразм таомлари ташкил этган. Пархез озуқавий жихатдан сифатли бўлиб, нутриентик таркиби ва энергетик қиймати физиологик меъёрлар даражасидадир, фақат ундаги ёғ моддасининг миқдори бироз камайтирилган. оксиллар 90-110 г ни, корбонсувлар 300-350 г ни, ёғлар эса 80-90 г ни, энергетик қиймати ўртача 2400-2500 ккал ни ташкил этади.

Натижа. Асосий гуруҳдаги беморларда умумий аҳволнинг яхшиланиши, оғриқнинг пасайиши, теридаги белгиларнинг нормаллашуви, биокимёвий ва иммунологик кўрсаткичларнинг ижобий тарафга силжиш муддати, беморларнинг стационарда даволаниш кунининг камайиши назорат гуруҳидагига нисбатан яққолроқ намоён бўлади.

Хулоса. Айрим миллий ўзбек ва маҳаллий хоразмча таомларни сурункали гепатит касаллигини пархез даволашда самарали қўллаш мумкин эканлиги илмий жихатдан исботланди. Жумладан, миллий таомлар асосида янги пархез №5 Хз (Хоразмча) тузилди ва Хоразм шароитида сурункали гепатит касаллигини даволашда тавсия этилиб, ижобий натижаларга эришилди.

Ашимбек А., 5-курс, Дубина Д., 4-курс

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КОЖИ РУК МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Научный руководитель: к.м.н., доц. Ахметова С.Б.
НАО «Медицинский университет Караганды». Казахстан.
Кафедра микробиологии

Большую роль в переносе внутрибольничных инфекций играет кожа рук медицинского персонала. Несоблюдение элементарных норм предосторожности (личная гигиена, применение антисептиков) может привести к серьезным последствиям.

Цель. Определить влияние опудренных и неопудренных перчаток на микрофлору рук

Объект исследования: сотрудники лаборатории коллективного пользования, учебной лаборатории кафедры микробиологии и студенты медицинского университета Караганды.

Методы: классически бактериологический метод

Кожа рук медицинского персонала зачастую контаминирована различными патогенными и условно патогенными микроорганизмами.

Доказано, что причиной возникновения инфекций в стационарах в 50-80% случаев есть руки медицинского персонала, то есть руки-это один из ключевых факторов в передаче патогенных микроорганизмов как от медицинского персонала к пациентам, так и наоборот. Так называемые нозокомиальная или больничные, госпитальные инфекции являются причиной не только страданий и смерти больных. Они также наносят значительный экономический ущерб-расходы на дополнительную госпитализацию и дорогостоящее лечение антибиотиками. Все изложенное еще раз подчеркивает чрезвычайную важность строгого соблюдения принципов гигиены рук.

Перчаточная пудра, применяемая в большом количестве, может служить фактором переноса микроорганизмов, при этом увеличивается риск заражения как персонала, так и получения недостоверных результатов. Некоторых специалисты считают, что даже стерильный тальк таит огромную опасность. Способность талька сорбировать различные химические вещества, силиконы, химикаты может негативно отразиться на результате проведения бактериологического исследования. Для этого использовались 4 культуры тест-штаммов микроорганизмов (*E.coli*; *B.Subtilis*; *St.aureus*; грибы рода *Candida*). Суточная культура засеивалась газоном на соответствующую питательную среду, далее накладывали диск с напылением перчаточной пудры.

Выводы. В работе изучен вопрос об изменении микрофлоры кожи рук сотрудников лаборатории после ношения опудренных и не опудренных перчаток. По результату исследования выявили, что количество колоний на чашке Петри уменьшается при увеличении времени экспозиции. Проверены свойства пудры способствовать росту микроорганизмов при ношении перчаток,

установлено, пудра, используемая для опудривания перчаток, не способствует росту микроорганизмов.

Бережная А.В., очный аспирант кафедры эпидемиологии ХНМУ
**МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ БАНДЛОВ ПО
ПРОФИЛАКТИКЕ КАТЕТЕР-АССОЦИИРОВАННЫХ ИНФЕКЦИЙ
КРОВОТОКА В ЛЕЧЕБНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

Научный руководитель: д.м.н., проф. Чумаченко Т.А.
Харьковский национальный медицинский университет. Украина
Кафедра эпидемиологии

Возникновение катетер-ассоциированных инфекций кровотока (КАИК) связано с увеличением длительности пребывания пациентов в стационаре, дополнительными затратами на их лечение, с более высоким уровнем смертности среди пациентов с КАИК, поэтому вопросам профилактики КАИК уделяется широкое внимание многими профильными медицинскими организациями и сообществами [1-5].

Большинство стратегий по профилактике КАИК и уменьшению риска их возникновения предусматривает использование бандлов («bundle»). Под термином «бандл» (в контексте профилактики КАИК) следует понимать совокупность научно-обоснованных вмешательств, которые при комплексном применении у пациентов с внутрисосудистыми центральными катетерами ведут к лучшим результатам, чем при применении по отдельности. Бандл при катетеризации центральных сосудов (так называемый «central line bundle») включает следующие пять ключевых компонентов: соблюдение гигиены рук и максимальных барьерных мер предосторожности, использование раствора хлоргексидина для антисептики кожи, выбор оптимального места для постановки катетера, ежедневная оценка необходимости в центральном катетере с немедленным удалением катетера, если необходимость в нем отпала [1].

Поскольку в обеспечении постоянного сосудистого доступа чаще нуждаются пациенты в критическом и тяжелом состоянии, **целью** работы стала оценка целесообразности использования бандлов при катетеризации сосудов и уходе за центральными венозными катетерами у пациентов отделений интенсивной терапии (ОИТ).

Материалы и методы. При поиске научной литературы через базу данных PubMed были использованы следующие ключевые слова: «central line bundle» и «CLABSI bundle». Были отобраны только те работы, которые соответствовали следующим критериям включения:

- 1) оригинальное исследование, опубликованное не ранее 2010 года;
- 2) исследование методологически организованное так, чтобы можно было оценить динамику заболеваемости КАИК в стационаре перед внедрением бандлов и после их внедрения в лечебно-диагностический процесс ОИТ;

3) результаты исследования статистически обработаны с указанием критического уровня значимости p . Из 112 научных публикаций критериям включения соответствовали только 10 работ (из них 30%/3 работы составили исследования, проведенные в ОИТ новорожденных).

Результаты и их обсуждение. Сравнительный анализ динамики заболеваемости КАИК у взрослых пациентов в ряде исследований до и после введения бандлов показал статистически значимое снижение уровней заболеваемости КАИК. При этом заболеваемость снижалась в 1,1-4,4 раза [6-9]. Эффективность использования бандла по уходу за центральным катетером была доказана в исследовании, проведенном на базе клиник с длительным пребыванием больных («long-term acute care hospitals»). Совокупное среднее («pooled mean») заболеваемости КАИК снизилось в 1,3 раза [10].

Отмечено, что в последнее время исследователи большое внимание уделяют профилактике КАИК в ОИТ новорожденных. Причем внедрение бандлов в лечебно-диагностическую работу этих отделений способствовало значительному снижению показателей заболеваемости КАИК среди новорожденных [11-13]. В частности, заболеваемость инфекциями кровотока, ассоциированными с использованием пупочных катетеров в одной из больниц г.Измира (Турецкая Республика), снизилась более чем в 3 раза [12].

Следует обратить внимание на работу I. Jeong и соавторов (Республика Корея), которые из-за отсутствия отдельного ОИТ для детей оценивали эффективность использования бандлов и среди взрослых, и среди детей. При этом, несмотря на статистически значимое увеличение приверженности медицинских работников к соблюдению бандла, статистически значимых изменений в показателях КАИК среди взрослых пациентов в ОИТ выявлено не было. В то же время показатели КАИК у детей достигли нуля ($p=0,014$) [14].

Неоднозначные результаты были выявлены коллективом авторов, проводивших исследование в государстве Кувейт. Несмотря на фактическое снижение заболеваемости КАИК после внедрения бандла в 1,3 раза, статистическая достоверность не была подтверждена ($p=0,0859$) [15].

Выводы. Большинство исследований показало, что внедрение бандлов в работу ОИТ способствует снижению заболеваемости КАИК и среди взрослых пациентов, и среди новорожденных детей. Исходя из того, что в некоторых исследованиях не была подтверждена статистически значимая эффективность использования бандлов, необходимо продолжить изучение этого вопроса, чтобы выявить вмешивающиеся факторы, которые вероятно препятствовали снижению заболеваемости КАИК.

Список литературы

1. Institute for Healthcare Improvement. How-to Guide: Prevent Central Line-Associated Bloodstream Infections (CLABSI) [Internet]. Cambridge, MA; 2012 [cited 7 April 2019]. Available from: <http://www.ihp.org/resources/Pages/Tools/HowtoGuidePreventCentralLineAssociatedBloodstreamInfection.aspx>

2. Lutwick L, Bearman G. Bloodstream infections. Guide to infection control in the hospital. 2018.
3. Marschall J, Mermel L, Fakih M, Hadaway L, Kallen A, O'Grady N et al. Strategies to Prevent Central Line-Associated Bloodstream Infections in Acute Care Hospitals: 2014 Update. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. 2014;35(07):753-771.
4. O'Grady N, Alexander M, Burns L, Dellinger E, Garland J, Heard S et al. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-related Infections. *Clinical Infectious Diseases*. 2011;52(9):e162-e193.
5. Practice Guidelines for Central Venous Access. *Anesthesiology*. 2012;116(3):539-573.
6. Entesari-Tatafi D, Orford N, Bailey M, Chonghaile M, Lamb-Jenkins J, Athan E. Effectiveness of a care bundle to reduce central line-associated bloodstream infections. *The Medical Journal of Australia*. 2015;202(5):247-249.
7. Kim J, Holtom P, Vigen C. Reduction of catheter-related bloodstream infections through the use of a central venous line bundle: Epidemiologic and economic consequences. *American Journal of Infection Control*. 2011;39(8):640-646.
8. Lai C, Cia C, Chiang H, Kung Y, Shi Z, Chuang Y et al. Implementation of a national bundle care program to reduce central line-associated bloodstream infections in intensive care units in Taiwan. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*. 2018;51(5):666-671.
9. Tang H, Lin H, Lin Y, Leung P, Chuang Y, Lai C. The impact of central line insertion bundle on central line-associated bloodstream infection. *BMC Infectious Diseases*. 2014;14(1).
10. Grigonis A, Dawson A, Burkett M, Dylag A, Sears M, Helber B et al. Use of a Central Catheter Maintenance Bundle in Long-Term Acute Care Hospitals. *American Journal of Critical Care*. 2016;25(2):165-172.
11. Bannatyne M, Smith J, Panda M, Abdel-Latif M, Chaudhari T. Retrospective Cohort Analysis of Central Line Associated Blood Stream Infection following Introduction of a Central Line Bundle in a Neonatal Intensive Care Unit. *International Journal of Pediatrics*. 2018;2018:1-8.
12. Kulali F, Çalkavur Ş, Oruç Y, Demiray N, Devrim İ. Impact of central line bundle for prevention of umbilical catheter-related bloodstream infections in a neonatal intensive care unit: A pre-post intervention study. *American Journal of Infection Control*. 2019;47(4):387-390.
13. Zhou Q, Lee S, Hu X, Jiang S, Chen C, Wang C et al. Successful reduction in central line-associated bloodstream infections in a Chinese neonatal intensive care unit. *American Journal of Infection Control*. 2015;43(3):275-279.
14. Jeong I, Park S, Lee J, Song J, Lee S. Effect of central line bundle on central line-associated bloodstream infections in intensive care units. *American Journal of Infection Control*. 2013;41(8):710-716.
15. Salama M, Jamal W, Al Mousa H, Rotimi V. Implementation of central venous catheter bundle in an intensive care unit in Kuwait: Effect on central line-associated bloodstream infections. *Journal of Infection and Public Health*. 2016;9(1):34-41.

Беридзе Р.М., 4-курс

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИРОФИЛЯРИОЗА ОРГАНА ЗРЕНИЯ

Научный руководитель: к.м.н., доц. Дравица Л.В.

Гомельский государственный медицинский университет. Белоруссия

Кафедра оториноларингологии с курсом офтальмологии

Дирофиляриоз – паразитарное заболевание и единственный в умеренных широтах трансмиссивный гельминтоз, обнаружение которого в последние годы неуклонно увеличивается. Вызывается данное заболевание круглыми червями – нематодами – рода *Dirofilaria* (D.). Название происходит от латинских слов «*diro*» и «*filum*», что означает «злая нить». D. относится к семейству Filariidae и встречается в нескольких видах: *D. immitis*, *D. repens* и другие. *D. immitis* обычно паразитирует в правом желудочке сердца, легочной артерии, полых венах, а *D. repens* – под кожей [1]. Увеличение случаев заражения дирофиляриозом, расширение географических границ распространенности данного заболевания определяют актуальность изучения проблемы дирофиляриоза.

Цель. Изучить морфологические признаки возбудителя дирофиляриоза, этиопатогенетические и эпидемиологические особенности заболевания в Республике Беларусь, а также описать основные клинические симптомы поражения органа зрения при данном гельминтозе.

Материалы и методы исследования. Материалом для исследования явились статистические издания, публикации, содержащие информацию о морфологии дирофилярий, эпидемиологии и этиопатогенезе дирофиляриоза, а также клинической картине при поражении органа зрения, размещенные в англоязычных ресурсах «U.S. National Library of Medicine» и в ряде русскоязычных изданий за период 2012-2018 гг.

Результаты исследования и их обсуждение. Возбудитель – нематоды (*D. immitis* – 25-30 см, *D. repens* – 10-17 см) бело-желтого цвета, нитевидной формы с зауженными концами туловища. Паразиты развиваются со сменой хозяев. Половозрелые живородящие самки за сутки выделяют в кровь окончательного хозяина (псовые, кошачьи) около 30 тыс. личинок (микрофилярий), которые могут проникать с током крови и лимфы практически в любые органы и ткани. Переносчики и промежуточные хозяева – кровососущие насекомые. Наибольшая пораженность выявлена у комаров рода *Aedes* (31%), *Culex* (17%) и *Anopheles* (2,5%). Микрофилярии с кровью попадают в кишечник комара, мигрируют в полость тела и за 10-15 дней созревают в мальпигиевых сосудах до инвазионной стадии. Затем концентрируются в головном отделе и ротовом аппарате насекомого и после укуса активно внедряются в кожу животного или человека, где происходит их дальнейшее развитие [2].

Подавляющее большинство случаев дирофиляриоза человека вызвано *D. repens*, реже-*D. immitis*, остальные виды возбудителя встречаются эпизодически. Человек-случайный хозяин для дирофилярий («гостепаразитизм»). Известно, что большинство личинок при попадании в человеческий организм гибнет. Как правило, у пациентов выявляется одна развивающаяся неоплодотворенная самка (99,7%). В связи с малочисленностью (и маловероятностью временного паразитирования особей обоего пола) самки остаются стерильными. В подобных условиях люди не могут быть источником инвазии. Однако, согласно данным, полученным в последние годы, полностью исключить возможность микрофиляриемии нельзя: в медицинской литературе описаны случаи обнаружения личинок в крови человека [3].

Выявление единичных случаев заболевания дирофиляриозом людей на территории Республики Беларусь относится к 70-м гг. XX века. С 1997г. заболевания дирофиляриозом людей на территории Беларуси начали выявляться регулярно. За период 1997-2012 гг. было зарегистрировано 60 случаев заболевания дирофиляриозом. А за последующие 6 лет в республике было зарегистрировано более 40 случаев инвазии, 45% из которых выявлены в Гомельской области, по 14% – в Могилевской области и г. Минске [4].

Изучив литературные данные по сезонной динамике заболеваемости дирофиляриозом в Гомельской области (таблица 1), было выявлено, что наибольшее количество обращений за медицинской помощью лиц, инвазированных дирофиляриями, приходилось на весенне-летний период (63%), особенно на май и июнь, что связано с активностью переносчиков гельминта. На осенне-зимний период приходилось 37% обращений населения (в 1,7 раз меньше, чем в весенне-летний период, $\chi^2=2,44$; $p=0,12$). При этом в декабре отмечался максимум обращений, что связано с наличием инкубационного периода – от одного месяца до нескольких лет (в среднем – 4-6 месяцев) [5].

Таблица 1

Выявляемость дирофиляриоза человека в Гомельской области и показатели температуры воздуха внешней среды за период 2011-2015 гг.

Год	Число случаев дирофиляриоза человека	Средний показатель температуры воздуха (май-сентябрь), °С	Количество дней в году с температурой воздуха выше 14°С
2011	7	18,0±5,3	174
2012	14	18,1±5,3	193
2013	10	18,3±5,5	180
2014	11	18,0±6,1	183
2015	12	18,3±5,7	167

Клиническая картина дирофиляриоза определяется миграцией незрелых гельминтов в тканях организма [1].

Дирофиляриоз органа зрения – одно из наиболее частых проявлений (50%). При данной форме заболевания пациенты достаточно быстро обращаются за медицинской помощью. Месту нахождения гельминта соответствуют жалобы и клиническая картина. Обычно дирофилярии паразитируют и мигрируют в подкожной клетчатке века или под конъюнктивой с образованием узла (гранулемы) и сопутствующего отека. При поражении кожи бровей и век может развиваться отек по типу Квинке. Характерны гиперемия кожи век, птоз и блефароспазм. Веки резко отечны, пастозны, малоподвижны, отмечаются зуд разной интенсивности, боль в покое и при пальпации. При локализации в подкожной клетчатке век возникает ограниченная припухлость, как правило, с маловыраженными воспалительными явлениями. При субконъюнктивальной локализации развивается конъюнктивит, который в результате движений гельминта сопровождается сильными жгучими болями, слезотечением (от умеренного до очень сильного) и зудом. Иногда возникает ощущение инородного тела, шевеления в области уплотнения. Конъюнктива отечна, гиперемирована, через нее просвечивает извитое тело паразита, которое пациенты могут обнаруживать самостоятельно. Крайне редко дирофилярия локализуется в склере или стекловидном теле. Поражение глазного яблока протекает тяжело. Иногда сами пациенты описывают «подвижного червя, пиявку» или «пламя» перед глазом. Отмечены случаи отслойки сетчатки у пациентов с этой локализацией [2]. Поражение глазницы проявляется образованием гранулемы вокруг гельминта, могут развиваться боли, отек, тенонит, эритема, экзофтальм, диплопия. Случаи локализации в ретробульбарном пространстве единичны [6].

Выводы. Дирофиляриоз – паразитарное заболевание, при котором, несмотря на зооспецифичность, случаи инвазии человека встречаются достаточно часто. В связи с расширением территориальных границ миграции населения, изменением климата случаи дирофиляриоза в Республике Беларусь ежегодно увеличиваются, что требует своевременную профилактику, качественную диагностику и эффективное лечение.

Список литературы

1. Гришина, Е.Е. Дирофиляриоз придаточного аппарата глаза и орбиты / Е.Е. Гришина, А.А. Рябцева // Альманах клинической медицины, 2015. – №1. – С. 74 – 77.
2. Зумбулидзе, Н.Г. Дирофиляриоз органа зрения: случаи из практики / Н.Г. Зумбулидзе, В.М. Хокканен, Ф.О. Касымов, О.А. Марченко, Д.А. Яровой, О.В. Чудинова // Казанский медицинский журнал, 2017. – Т. 98. – №3. – С. 393-397.
3. Зумбулидзе, Н.Г. Дирофиляриоз органа зрения (два случая из практики) / Н.Г. Зумбулидзе, Ф.О. Касымов, Д.А. Яровой, Е.П. Гаврилова // Офтальмологические ведомости, 2016. – Т.9. – №1. – С.83-87.
4. Инструкция Министерства здравоохранения Республики Беларусь «Профилактика дирофиляриоза», разработанная на основе Методических указаний МУ 3.2.1880-04 «Профилактика дирофиляриоза», утвержденных

Первым заместителем Министра здравоохранения Республики Беларусь. – 03.03.2004 г.

5. Поддубный, А.А. Годовая и сезонная динамика дирофиляриоза человека в Гомельской области / А.А. Поддубный // Проблемы и перспективы развития современной медицины. – Гомель, 2017. – С. 631 – 633.

6. Гайнутдинова, Р.Ф. Диагностика дирофиляриоза человека / Р.Ф. Гайнутдинова, М.Г. Тухбатуллин, Ф.С. Гилмуллина, В.П. Нефедов, О.М. Пигалова, Д.А. Бикмухаметова // Практическая медицина, 2012. – №1 (56). – С.123-126.

Джунаидова А.Х., 3-курс

ОСОБЕННОСТИ ДИАРЕЙНЫХ ДИСБАКТЕРИОЗОВ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Научный руководитель: к.в.н. Сагдуллаева Г.У.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.
Узбекистан

Кафедра микробиология и фтизиатрия

Цель. Наблюдение за детьми, больных различными диареями, этиологию которых не удалось подтвердить бактериологическими лабораторными исследованиями (диареи неустановленной этиологии).

Материалы и методы. Бактериологическому исследованию подвергался патологический материал (испражнения) от 11 детей в возрасте от 1 года до 10 лет, страдающих дизентерией, колиэнтеритами, сальмонеллёзами. Копрологические пробы от детей исследовали в Областной государственной санитарно-эпидемиологической контрольной станции. Определение на дисбиоз облигатной факультативной микрофлоры и грибов рода *Candida* проводился с помощью общепринятых бактериологических методов исследования. При изучении микробиоценоза толстого кишечника больных детей мы определяли облигатную микрофлору: бифидобактерии, лактобациллы, лактозоположительные кишечные палочки. Выбор этих бактерий объясняется тем, что они являются постоянными обитателями и антагонистами патогенных и условно-патогенных микроорганизмов.

Результаты. В результате исследования было установлено, что у обследованных детей имелись значительные отклонения от копрологической нормы. Для детей, страдающих колиэнтеритами характерна следующая видовая структура индигенной и условно-патогенной микрофлоры кишечника: дефицит бифидобактерий (70%) и видов лактобактерий (90%), при этом большинство представителей УПМ находилось в норме. Был отмечен рост *E.coli* со слабой ферментативной активностью (17%) и *Candida spp.* (17%). Среди детей, страдающих сальмонеллёзами, выявлялась более выраженная картина присутствия различных представителей как индигенной, так и УПМ. Наряду с большим дефицитом индигенной микрофлоры – бифидобактерии – 68%, лактобактерии – 80%, отклонения от нормы наблюдались по следующим родам

условно-патогенной микрофлоры: *Candida* spp., *E.coli* с гемолитической активностью (22%), *S.aureus* (37%). У детей с дизентерией наблюдалась недостаточность индигенной микрофлоры (бифидобактерии до 50%, лактобактерии -87%).

Выводы. Результаты проведенных исследований показали, что при разных формах дисбиоза наблюдалась разнообразная структура микробиоценотического состава кишечника у детей.

Ермуханова А.Е., 2-курс, Нурмухамбетова Б.К., 1-курс, магистрант, Ибраева Ж.К., 2-курс, магистрант

АДГЕЗИВНАЯ АКТИВНОСТЬ МИКРООРГАНИЗМОВ ВЫДЕЛЕННЫХ У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ СЛИЗИСТЫХ ПОЛОСТИ РТА И ПАРОДОНТА

Научный руководитель: к.м.н., доц. Ахметова С.Б.

НАО «Медицинский университет Караганды». Казахстан

Кафедра клинической иммунологии, аллергологии и микробиологии

Микроорганизмы вегетирующие в полости рта, в том числе и эпидермальный стафилококк, представители нормофлоры, обладают широким спектром ферментов агрессии и инвазии. Факторы адгезии и инвазии значительно утяжеляют течение патологического процесса, ускоряют микробное распространение, инактивируют направленные в очаг поражения терапевтические средства как антибиотики, и дезинтоксикационные средства. Развитие поражений слизистых оболочек и включает обязательный этап - колонизацию полости рта, который обеспечивается адгезивными контактами с эпителиоцитами. Это играет важную роль не только в инициации инфекции, но и в персистенции микроорганизмов на слизистых оболочках полости рта, определяя резистентность. Одним из ключевых ферментов инвазии возбудителя в полости рта является гиалуронидаза.

Цель. Оценить микробный пейзаж полости рта у больных с патологией пародонта и слизистых оболочек полости рта, определить адгезивную активность и гиалуронидазную активность возбудителей выделенных при данной патологии.

Материалы и методы. Было осуществлено исследование, которое включало комплексное стоматологическое обследование, изучение микробиологических особенностей полости рта у пациентов с патологией слизистых. Обследование проводилось на базе стоматологической клиники и кафедры клинической иммунологии, аллергологии и микробиологии «НАО Медицинский университет Караганды». Для возможности проведения сравнительного анализа микрофлоры полости рта у практически здоровых и больных лиц выделенные группы были сопоставимы по половым и возрастным признакам. Для изучения количественных и качественных показателей микроорганизмов, населяющих полость рта, материал получали из 2 биотопов): 1) ротовая жидкость, 2) материал с поверхности пораженной слизистой.

Материал собирали натошак, чистку зубов осуществляли за 3-4 часа до забора материала. В лаборатории проводили раститровку исследуемого материала в изотоническом растворе хлорида натрия и посев на плотные питательные среды. Определение адгезивной активности микроорганизмов к буккальным эпителиоцитам проводили в соответствии с методикой Маянского А.Н. и соавт. (2002). Гиалуронидазную активность определяли по методу Генералова И.И. (1998) Гиалуронидаза – экзофермент, разрушающий гиалуроновую кислоту, что обеспечивает прохождение бактерий через соединительную ткань. Для определения гиалуронидазы в опытную пробирку вносят бульонную исследуемую культуру бактерий, гиалуроновую кислоту, в контрольную – только гиалуроновую кислоту.

Результаты. Микробиоценоз оцененный при поражениях слизистых и пародонта представлен спектром микроорганизмов всего выделено 84 штамма от 106 пациентов: стрептококки, стафилококков, лактобациллы, пептострептококков, и грибы рода *Candida*, в группе сравнения у лиц молодого возраста-студентов, можно сказать что отличаются присутствием нейссерий и бактериоидов. Анализ изученных результатов и анкетирование пациентов с патологией слизистых полости рта показали, наличие высокой высеваемости патогенов: ведущее место занимает *S. epidermidis*, *S. Aureus* в результате проведенных исследований выяснено, проблемы дисбиоза, качественного и количественного состава микрофлоры полости рта у больных с патологией слизистых рта и пародонта высеваются штаммы одинаково часто в обеих группах, но преобладает рост *S. epidermidis* и высокое количество дрожжевых грибов (*Candida*), что обуславливает дисбиоз полости рта. По сравнению с контрольной группой (здоровые студенты). Изучены биологические свойства 28 штаммов *S. epidermidis*, 15 культур *S.aureus*, 11 штаммов эшерихий и 14 штаммов дрожжеподобных грибов рода *Candida*, которые были выделены при изучении качественного и количественного состава микрофлоры полости рта, исследования установили, что для большинства штаммов характерна средняя степень адгезивности для *S. epidermidis*, *S. aureus*, высокая для грибов рода *Candida*, при этом низкая только у *Lactobacillus spp.* Нулевая степень активности не наблюдалась. При патологии слизистых оболочек полости рта адгезивная активность выявляются у всех штаммов *Staphylococcus spp.*, однако наиболее выражены при тяжелых формах патологии. Так, ИАМ в основной группе составил $> 4,0$ у 74% (95%ДИ:59,76-85,07) штаммов. В группе контроля ИАМ= $2,4\pm 0,1$. В тесте на обладание гиалуронидазной активностью, у всех исследованных культур была обнаружена гиалуронидазная активность. Уровень гиалуронидазной активности возбудителей коррелируют с тяжестью процесса, и расценивается как фактор патогенности с инвазивной функцией. При этом средний показатель гиалуронидазной активности показал от (СГА= $1,8\pm 0,3$) до (СГА= $2,8\pm 0,3$).

Выводы. Изучен биоценоз полости рта, в сравнении со здоровыми студентами, дана оценка особенностям микрофлоры. Оценка адгезивности выделенных штаммов в *in vitro* исследованиях показывает, что

микроорганизмы выделенные от пациентов с патологией слизистых обладают большей степенью адгезивности, чем штаммы выделенные от лиц из контрольной группы. Выявлены различия в распространенности и уровне выраженности факторов адгезии к буккальным эпителиоцитам у больных с различными формами патологии слизистых оболочек полости рта.

Жунаидов А.Х., 2-курс, Джакупова Ж.Е., асс., Карабасова Б.К., врач
бактериолог

КРИСТАЛЛОГРАММЫ ШТАММОВ МИКРООРГАНИЗМОВ, ИЗОЛИРОВАННЫЕ ИЗ КОЖИ И НОСА НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Научный руководитель: д.м.н., проф. Сейтханова Б.Т.

Южно-Казахстанская медицинская академия, г. Шымкент. Казахстан
Кафедра микробиологии

Известно, что мир микроорганизмов чрезвычайно широк. Они оказывают прямое и разнообразное влияние на окружающую человека среду и на него самого. Поэтому, чтобы успешно защищаться от патогенных микробов и эффективно использовать полезные для человека свойства микроорганизмов, необходимо быстро и точно их дифференцировать и идентифицировать. В настоящее время досконально изучены и широко используются в таксономии микроорганизмов их физиологические, биохимические и иммуногенные свойства [1,2]. Однако, часто этого бывает недостаточно, в таких случаях могут потребоваться дополнительные весьма сложные аналитические процедуры, такие как электрофорез клеточных белков в полиакриламидном геле, анализ состава липидов, гибридизация нуклеиновых кислот, метод генетических зондов и другие. Вместе с тем достоверная идентификация многих родов и видов микроорганизмов, в том числе и патогенных (учитывая наличие у них многочисленных мутаций), не может быть основана на постановке только одного теста, а основывается, как правило, на целом их комплексе. Все это свидетельствует о том, что, несмотря на многолетнее изучение различных способов идентификации микроорганизмов, перечисленные выше методы, не могут, полностью удовлетворить микробиологов. Отсюда возникает потребность в выявлении существенно новых свойств микроорганизмов, определение которых характеризовалось бы простотой, стабильностью и специфичностью, достаточной для достоверной их идентификации [3,4,5].

Проведя поисковые исследования в этом направлении, проф. Л.Г. Баженов (1994) установил, что культуры микроорганизмов при определённых условиях их высушивания образуют комплексы кристаллов - кристаллограммы (их фото- и компьютерные изображения называют кристаллическими образами), имеющие особенности, характерные для определённых родов и видов микроорганизмов (Баженов Л.Г., Патент №1231 Республики Узбекистан).

Кристаллографический метод является принципиально новым методом идентификации микроорганизмов, отличающимся доступностью и высокой воспроизводимостью. Ранее работами автора метода профессора Л.Г. Баженова

установлено наличие специфических особенностей у кристаллограмм *Serratia marcescens*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Streptococcus pneumoniae*, *Candida spp.*, *Bacillus subtilis*, *Helicobacter pylori* и других микроорганизмов. Использование данного метода позволяет практически с помощью одного только теста достоверно идентифицировать перечисленные микроорганизмы, тогда как при традиционной идентификации необходима постановка от 5 до 20 и более тестов. Нами предпринята попытка использования данного метода для идентификации микроорганизмов, выделенных из разных биотопов у новорожденных детей. Материалом для исследований послужили культуры, изолированные из кожи и носа новорожденных детей. При их выделении и предварительной идентификации использовали традиционные методы, также кристаллографический метод идентификации микроорганизмов.

Изучение кристаллогенных свойств исследуемых культур выполняли следующим образом: из суточной культуры, выращенной на скошенном мясо-пептонном агаре, готовили густую микробную взвесь в стерильном физиологическом растворе (10-25 млрд. микробных тел/мл). Затем на дно пластиковой чашки Петри помещали каплю микробной взвеси и равномерно распределяли ее кончиком пипетки в виде овала размером примерно 1,5x1,0 см. Чашку помещали в эксикатор с силикагелем, закрывали эксикатор и инкубировали его в термостате при 37⁰С в течение 18-24 часов до полного высыхания капель и образования на их месте кристаллического налета (кристаллограмма). Полученные кристаллограммы изучали визуально и с помощью стереоскопического микроскопа, затем фотографировали и переносили в банк кристаллограмм в компьютере. Все исследования повторяли с разными концентрациями микробной взвеси в трех сериях. Для контроля использовали кристаллограммы условно патогенных микроорганизмов (*E. coli* R, *Ps. aeruginosa* 68, *C. albicans* 723).

На рисунке 1.1 представлены кристаллограммы культур, изолированных с кожи новорожденных детей. При этом изучены кристаллограммы штаммов *Klebsiella*, *E. coli* и *S. epidermidis*.

Klebsiella 12 имела вид правильных четырехугольных кристаллов среднего размера, на их поверхности имелись ряды параллельных линий, идущих по периметру кристаллов. Кристаллограмма *E.coli* 18 состояла из крупных кристаллов с неровными краями, некоторые из них были сдвоенными. Кристаллограммы штаммов *S. epidermidis* 16 и 9 содержали кристаллы правильной в основном прямоугольной формы с испещренной поверхностью.

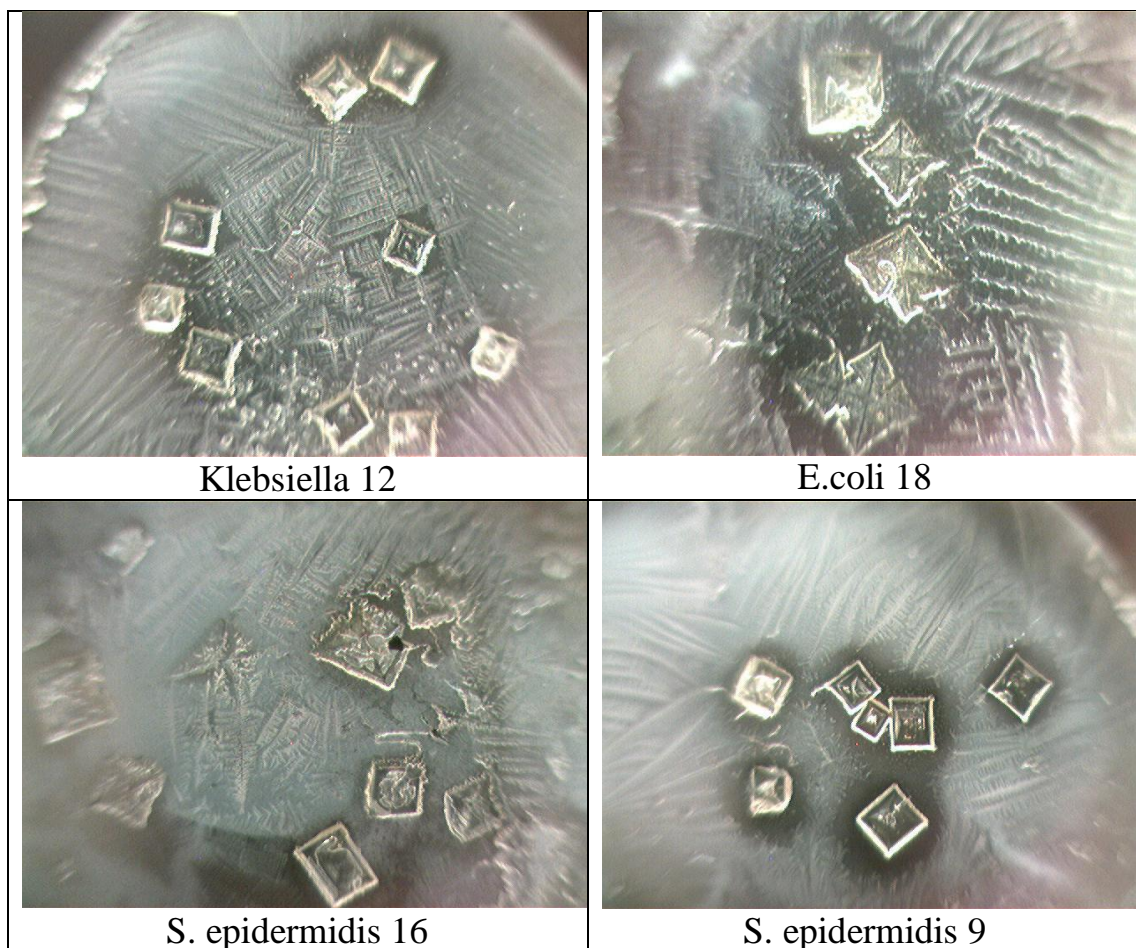


Рис. 1.1. Кристаллограммы культур, изолированных с кожи новорожденных детей

На рисунке 2.2 представлены кристаллограммы культур, выделенных из носа новорожденных детей. Исследованию подвергнуты кристаллограммы штаммов *Klebsiella pneumoniae*, *S. aureus* и *S. epidermidis*.

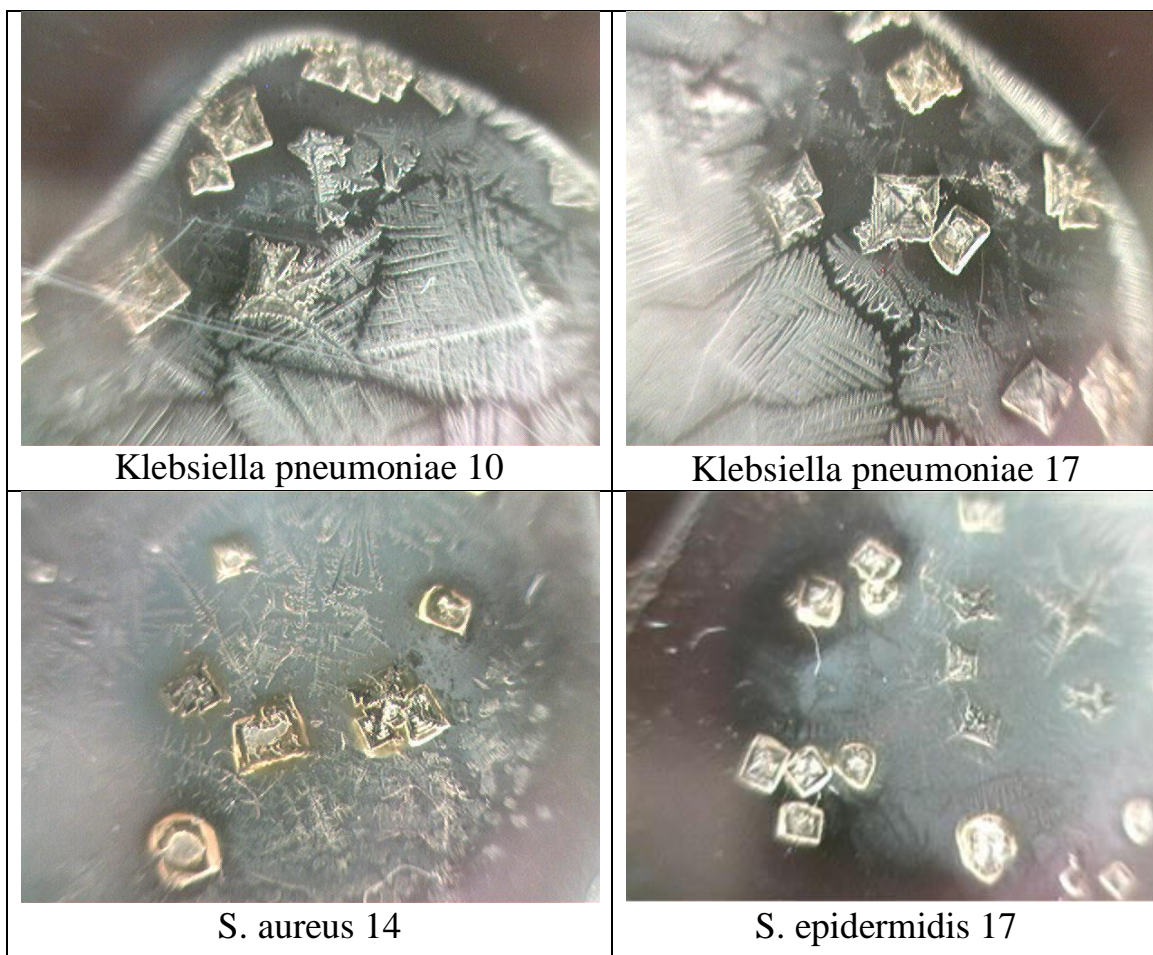


Рис. 2.2. Кристаллограммы культур, выделенных из носа новорожденных детей

Кристаллограммы 10 и 17 имели вид крупных четырехугольных кристаллов с крестовидным рисунком на их поверхности. Характерной особенностью этих кристаллограмм было наличие дочерних кристалловидных отростков от основных кристаллов. Кристаллограмма *S. aureus* 14 состояла из однотипных крупных листовидных кристаллов с желтоватым оттенком. Кристаллограмма *S. epidermidis* 17 состояла в основном из кристаллов правильной прямоугольной формы с испещренной поверхностью. Анализ представленных результатов, показывает, что кристаллограммы штаммов разных видов микроорганизмов существенно отличались друг от друга. Эти отличия касаются как дендритов, так и центров кристаллизации. Вместе с тем кристаллограммы культур одного и того вида, выделенные из разных биотопов практически были идентичны. Эти данные свидетельствуют о наличии специфических видовых особенностей кристаллограмм микроорганизмов, которые можно использовать при решении вопросов дифференциации и идентификации микроорганизмов.

При отработке методики кристаллографического метода в рамках нашего исследования важным было изучение влияния концентрации микробной взвеси на характер образующихся кристаллограмм. Концентрация взвеси играет существенную роль.

В частности, можно отметить, что при высоких концентрациях (20-25 млрд. микробных тел/мл) наблюдается преимущественно образование дендритов, а при меньших концентрациях (10-15 млрд. микробных тел/мл), наряду с дендритами, формируются и характерные центры кристаллизации, что существенно повышает информативность кристаллограмм. Кристаллограммы изученных культур, при точном соблюдении методики, отличались высокой воспроизводимостью.

Сказанное свидетельствует о том, что кристаллограммы микроорганизмов характеризуются высокой информативностью и достоверностью. На получение кристаллограмм затрачивается не более 18-24 часов. Реактивы, применяемые при рутинных методах идентификации дорогостоящи и дефицитны, тогда как используемый при кристаллографическом методе физиологический раствор доступен и дешев.

Таким образом, установлена принципиальная возможность использования кристаллографического метода для идентификации микроорганизмов нормальных биотопов. Выявлено, что эти микроорганизмы характеризуются специфическими кристаллогенными свойствами, что позволяет использовать кристаллографический метод для их идентификации и дифференциации. Применение кристаллографического метода дает возможность существенно ускорить и упростить идентификацию и дифференциацию микроорганизмов. Важным является также и экономический аспект, постановка кристаллографического теста несравнимо дешевле общепринятых методов. Ускоренная идентификация микроорганизмов кристаллографическим методом, с учётом времени на постановку теста и при отсутствии фактических затрат на реактивы нужен 0,85% раствор хлорида натрия и чашки Петри.

Список литературы

1. Определитель бактерий Берджи (пер. с англ.) Под ред. Дж.Хоулта, Н.Крига, П.Снита, Дж. Стейли и С.Уилямса. – Москва:Мир, 1997. – Т.1-2.
Bergey, s. Manual of systematic bacteriology /9th – vol.1 and vol.2 – Baltimore Honkong-London-Sudney. Williams a Wilkins Co., - 1984, 1986.
2. Олина А.А. Кристаллография влагалищной жидкости в дифференциальной диагностике бактериального вагиноза и вагинита / А.А. Олина, Т.И. Карпунина, Н.В. Чемурзиева // Пермский медицинский журнал. – 20018. – №5. – С. 91–94.
3. Олина, А.А. Применение метода кристаллографии для изучения влагалищной жидкости при неспецифических инфекционных заболеваниях влагалища /
4. Олина А.А., Карпунина Т.И., Чемурзиева Н.В. // Актуальные проблемы клинической и экспериментальной медицины: материалы Всерос. науч.-практ. конф. – Чита, 20018. – С. 87–88.
5. Олина А.А. Применение метода кристаллографии для изучения влагалищной жидкости / А.А. Олина, Т.И. Карпунина // Вестник новых медицинских технологий. – 20018. – Т. XV. – №4. – С. 116–117

Ибрагимов Д.Д., соискатель

ИММУНОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАМИ КОСТЕЙ ЛИЦА

Научный руководитель: д.м.н., проф. Боймурадов Ш.А.

Самаркандский государственный медицинский институт. Узбекистан.

Кафедра челюстно-лицевой хирургии с курсом челюстно-лицевой хирургии

В последние годы отмечается неуклонный рост с травмами костей лица (ТКЛ) (носовых костей, скуловой кости, верхней челюсти, нижней челюсти и т.д.) которые вызывает у больных временной иногда стойкой нетрудоспособности. [1,2,3,4,6]. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) травмы костей лица составляют около 40% от всех видов травм. При этом в 60% случаев возраст пострадавших не превышает 40 лет. В настоящее время частота травматических повреждений костей лицевого скелета не имеет тенденций к снижению. Чаще всего повреждения челюстно-лицевой области наблюдаются у лиц трудоспособного возраста от 18 до 45 лет – в 91% случаев. Несвоевременная или не в полном объеме оказанная как первичная, так и специализированная помощь при переломах костей лица является важнейшей причиной формирования стойких посттравматических деформаций и дефектов.

Цель. Изучить влияние иммуномодулирующей терапии препаратом полиоксидоний на клинико-иммунологические показатели при травмах мягких тканей и костей челюстно-лицевой области.

Материал и методы. В соответствии с намеченной целью, нами было проведено комплексное иммунологическое обследование больных с различными травмами мягких тканей и костей челюстно-лицевой области в динамике лечения с применением препарата, разрешённого к использованию в практике здравоохранения – полиоксидоний (ПО). 47 больных с различными травмами мягких тканей и костей челюстно-лицевой области в составе комплексной терапии получали полиоксидоний в дозе 6 мг/м в течение 3 дней, затем – через день, курсом 10 инъекции. Обследование и лечение больных проводилось на клинической базе кафедры челюстно-лицевой хирургии Самаркандского государственного медицинского института в специализированном отделении челюстно-лицевой хирургии Самаркандского городского медицинского объединения. Клинические исследования проводились по стандартной схеме и включали в себя опрос больных, сбор анамнеза заболевания, анамнеза жизни, физикальные методы исследования (осмотр, пальпация, перкуссия), дополнительные методы исследования (ортопантомография, общий анализ крови, мочи, при необходимости биохимическое исследование крови). Иммунологические методы исследования включали: иммунофенотипирование клеток ($CD3^+$, $CD4^+$, $CD8^+$, $CD19^+$, $CD95^+$ лимфоцитов, $CD16^+$) с помощью моноклональных антител, определение иммунорегуляторного индекса (ИРИ - соотношение $CD4/CD8$), концентрации иммуноглобулинов класса А, М и G в сыворотке крови (иммунологическое

обследование проводилось в иммунологической лаборатории частной медицинской компании г.Самарканда).

Результаты. Комплексное иммунологическое обследования пациентов с переломами костей лица (ПКЛ) выявили ВИН клеточного звена. Так, у больных с ПКЛ отмечалось снижение количественных показателей CD3⁺ и CD4⁺ клеток, повышение числа CD8⁺ и CD16⁺, зарегистрирован дисбаланс индекса иммунорегуляции (CD4/CD8) в результате достоверного снижения числа Т-хелперов.

При исследовании гуморального звена иммунитета у пациентов с ПКЛ выявлена депрессия уровня IgA и IgG, а количество IgM соответствовало норме (табл. 1).

Таблица 1

Состояние гуморального иммунитета у больных с ПКЛ

Показатель	Больные	Здоровые	P
CD19 ⁺ , %	23,0±1,8	10±2	0,01
CD19 ⁺ , 10 ⁹ /л	750 ± 54,2	170±34	0,05
IgA мг%	1,45±0,13	1,9±0,15	0,05
IgG мг%	8,8±1,5	12,0±1,5	0,01
IgM мг%	1,2±0,06	1,2±0,1	Нд

Таким образом, у больных с ПКЛ, выявлены закономерности иммунного ответа, выражающиеся дефицитом как показателей Т-клеточного звена, так гуморального звена иммунитета и углубление нарушений функционирования системы НГ, что явилось научным основанием для разработки метода коррекции нарушений иммунитета с включением в схему традиционной терапии полиоксидония у больных с данной патологией.

Сравнительный анализ лечения, проведенного по традиционной и предложенной нами схеме выявил существенные различия по их эффективности и результатам. Так, уже на вторые сутки после проведения оперативного вмешательства и введения полиоксидония больные второй группы чувствовали себя значительно лучше, в отличие от пациентов первой группы, находящихся на традиционном лечении. Они практически не предъявляли жалоб на боли в области оперативного вмешательства, были более активны, эмоциональны и коммуникабельны, отмечали улучшение общего состояния, повышение настроения и аппетита.

В группе пациентов, получавших иммунокоррекцию ПО, ни у одного больного гнойно-воспалительных осложнений не наблюдалось, что свидетельствует о высокой клинической эффективности включения ПО в схему традиционной терапии.

Таким образом, включение в комплекс традиционного лечения у больных с ПКЛ современного иммуномодулятора полиоксидоний приводило к коррекции

иммунитета, что сопровождалось улучшением клинико-лабораторных данных и сокращением сроков лечения заболевания.

Список литературы

1. Абдоминальная травма / Под ред. А.С.Ермолова, М. Ш. Хубутия, М. М. Абакумова.-Москва,2010.- 504с.
2. Боймурадов Ш.А. Сочетанная краниофациальная травма. Сборник Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы стоматологии».-Бухара, 8.11.2012.-С.25-26.
3. Боймурадов Ш.А. Лечение больных с сочетанной травмой костей лица.- Москва, 2014.-227с.
4. Боймурадов Ш.А. Инновационные методы лечения сочетанных травм костей лицевого скелета на основе алгоритмизации деятельности врача. //Биология ва тиббиёт муаммолари.-2014.-№1.-С28-33.
5. Булава Г.В., Никулина В.П. Оценка эффективности иммуномодуляторов при лечении больных с гнойно-септическими послеоперационными осложнениями. // Хирургия. 2006. - №2. - С. 104-107.
6. Воложин А.И. Роль реактивности организма в выборе стратегии и тактики лечения острых воспалительных процессов в челюстно-лицевой области // Стоматология.- спец.вып., 1996. С.49.
7. В.П. Евглевская Ю.П., Тихонова Г.Б. Сравнительная характеристика применения иммуномодуляторов в комплексном лечении больных с переломами нижней челюсти // Стоматология. -2005.-Т. 64,№2.-С. 34-36.
8. Кабанова С.А. Показатели иммунного статуса при тяжелых формах гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области // Российский стоматологический журнал. 2009.-N3.-С.36-39

Кайрулаева Г.Ж., 3-курс, Ташен А.О., 3-курс, Орынбасар А., 3-курс

ОПРЕДЕЛЕНИЕ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЙ ЧИСТОТЫ ПАКЕТИРОВАННЫХ НЕСТЕРИЛЬНЫХ ЛЕКАРСТВ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Научный руководитель: к.м.н., доц. Ахметова С.Б.
НАО «Медицинский университет Караганды». Казахстан
Кафедра иммунологии, аллергологии и микробиологии

Современный арсенал лекарственных растительных средств (ЛРС) имеет большой ассортимент препаратов, но технология их производства далеко не всегда гарантирует полную микробную чистоту. Микробиологическая чистота – важнейший показатель безопасности применения ЛРС и препаратов, получаемых из них, особенно отваров и настоев. Заражение ЛРС микроорганизмами может быть возможно начиная со стадии заготовки, включая сушку, первичную обработку, измельчение и упаковку.

Среди готовых лекарственных форм наиболее загрязненными являются пакетированные препараты растительного происхождения.

Цель. Изучить микробиологическую чистоту готовых пакетированных растительных лекарственных средств

Материалы и методы. Готовые пакетированные растительные лекарственные средства: фито-чай «Желчегонный» производитель Зерде-Фито (Казахстан); фито-чай «Печеночный» производитель Зерде-Фито (Казахстан); фито-чай «Желчегонный» производитель [Ева-1 ТОО \(Казахстан\)](#); фито-чай «Плоды шиповника» - производитель Зерде-Фито (Казахстан); фито-чай «Плоды шиповника» - производитель «[Алтайские травы](#)» [Фармгрупп ООО \(Россия\)](#); фито-чай «Ромашка» - производитель Зерде-Фито (Казахстан); фито-чай «Ромашка» - производитель «[Алтайские травы](#)» [Фармгрупп ООО \(Россия\)](#); фито-чай «Желчегонный» - производитель Зерде-Фито (Казахстан); фито-чай «Желчегонный» - производитель «[Алтайские травы](#)» [Фармгрупп ООО \(Россия\)](#).

Образцы отбирали в случайном порядке из упаковок, в соответствии с требованиями Государственной Фармакопеи РК. 1 грамм испытуемого лекарственного средства растворяли в горячей стерильной дистиллированной воде. Как правило, использовали разведение 1:10. Затем испытания проводили по показателям «Микробиологической чистоты нестерильных лекарственных средств (определение общего числа жизнеспособных аэробных микроорганизмов)» и «Микробиологической чистоты нестерильных лекарственных средств (испытание на отдельные виды микроорганизмов)» методом глубинного посева, описанным в Государственной Фармакопее РК. Анализы были выполнены на кафедре микробиологии КМУ. Данные испытаний ЛРС по микробиологическим показателям должны быть максимально точными и надёжными. При выполнении исследования по контролю качества лекарственных средств нами учитывался риск получения ложных микробиологических результатов за счет возможной контаминации исследуемого материала, поэтому исследования проводились со строгим соблюдением правил асептики.

Результаты. Согласно нормативам общее число жизнеспособных аэробных бактерий должно составлять не более 10^7 и не более 10^5 грибов в 1 грамме или 1 миллилитре исследуемого лекарственного растительного средства. Количество *Escherichia coli* не должно превышать 10^2 в 1 грамме или 1 миллилитре с использованием подходящих разведений. Результаты наших исследований представлены в таблице.

Образец ЛРС	Общее число аэробных бактерии (в 1 г) норма – не более 10^7	Грибы (в 1 г) норма - не более 10^5	<i>Escherichia coli</i> (в 1 г) норма - не более 10^2
фито-чай «Желчегонный» производитель Зерде-Фито (Казахстан),	рост не обнаружен	рост не обнаружен	рост не обнаружен

фито-чай «Печеночный» производитель Зерде-Фито (Казахстан);	рост не обнаружен	рост не обнаружен	рост не обнаружен
Фито-чай «Желчегонный» производитель Ева-1 ТОО (Казахстан)	1,3*10 ²	рост не обнаружен	рост не обнаружен
Фито-чай «Плоды шиповника» - производитель Зерде-Фито (Казахстан)	рост не обнаружен	рост не обнаружен	рост не обнаружен
Фито-чай «Плоды шиповника» производитель «Алтайские травы» Фармгрупп ООО (Россия)	рост не обнаружен	рост не обнаружен	рост не обнаружен
Фито-чай «Ромашка» производитель Зерде-Фито (Казахстан)	рост не обнаружен	рост не обнаружен	рост не обнаружен
Фито-чай «Ромашка» производитель «Алтайские травы» Фармгрупп ООО (Россия)	рост не обнаружен	рост не обнаружен	рост не обнаружен
Фито-чай «Желчегонный» - производитель Зерде- Фито (Казахстан)	рост не обнаружен	рост не обнаружен	рост не обнаружен
Фито-чай «Желчегонный» - производитель «Алтайские травы» Фармгрупп ООО (Россия)	рост не обнаружен	рост не обнаружен	рост не обнаружен

Выводы. Как следует из данных, представленных в таблице, все изученные образцы сырья соответствуют нормативным требованиям по показателям микробиологической чистоты (категория 4А, Фармакопея).

Кашаева Р.Р., 2-курс, Жулаушинова А.М., 2-курс

РОТАВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ-ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ ПРОБЛЕМА XXI ВЕКА

Научный руководитель: к.б.н., доц. Киргизова С.Б.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская
Федерация
Кафедра микробиологии, вирусологии, иммунологии

Одной из важнейших проблем, не теряющей своей актуальности и в настоящее время, являются острые кишечные инфекции (ОКИ). Ежедневно на планете регистрируют около 11 млн новых случаев ОКИ. По данным официальной статистики в нашей стране ежегодная заболеваемость ОКИ составляет 600-800 тыс. случаев.

Ротавирусная инфекция (РВИ) - антропонозное высококонтагиозное острое инфекционное заболевание, характеризующееся преимущественным поражением желудочно-кишечного тракта в виде гастроэнтерита с симптомами диареи и рвоты, развитием общей интоксикации, дегидратации и нередко наличием респираторного (катарального) синдрома в начальном периоде болезни.

Ротавирусы (род *Rotavirus*) относятся к семейству *Reoviridae*, которое включает вирусы с сегментированным геномом, представленным 9-12 фрагментами двунитчатой РНК. Ротавирусные частицы довольно крупные (100 нм) и устроены сложно. Они образованы из 3 концентрических белковых слоев, в которые заключен вирусный геном, состоящий из 11 сегментов двунитчатой РНК. Каждый сегмент кодирует свой белок (11-й сегмент может кодировать 2 белка): всего 6 структурных белков, из которых строится вирусная частица (они получили название VP-белки, от англ. *viral proteins*), и 6 неструктурных белков (NSP-белки, от англ. *non-structural proteins*).

Ротавирусы-успешные патогены желудочно-кишечного тракта. Трехслойный капсид имеет высокую стабильность, которая облегчает фекально-оральный путь передачи и доставку вируса в тонкий кишечник, а также обеспечивает чрезвычайную контагиозность ротавируса. Ротавирус в течение долгого времени сохраняет жизнеспособность на различных поверхностях, постельных принадлежностях, одежде, игрушках и т.д., и обладает резистентностью ко многим известным антисептикам. Инкубационный период ротавирусной инфекции обычно не превышает 48 ч, но иногда продолжается до 7 суток. Ротавирус инфицирует неделящиеся дифференцированные энтероциты апикальных отделов ворсинок тонкой кишки. Водянистая диарея и рвота, ведущие к обезвоживанию, являются главными симптомами ротавирусного гастроэнтерита. Лихорадка имеет место более чем у 90% больных. У большинства детей выражены симптомы интоксикации, вялость, слабость, сонливость, резкое снижение аппетита. Клинические формы варьируют от бессимптомного течения или легкой диспепсии до тяжелой профузной диареи с жизнеугрожающей дегидратацией (до 10–20 эпизодов стула за день), что частично зависит от дозы инфекции и природы ротавирусного штамма. Инфекция повреждает ворсинки, приводя к нарушению всасывания и ионного транспорта, вызывая тем самым осмотическую диарею.

Основным методом диагностики является иммуноферментный анализ, определяющий ротавирусный антиген в кале. Менее чувствительные методы, но простые в употреблении и дающие быстрый результат, - тест полоски и реакция латекс-агглютинации. Обратно транскриптазная полимеразная цепная реакция, высокочувствительная в отношении малых концентраций ротавируса в копрологическом субстрате, используется для идентификации штамма и дальнейшей дифференциации возбудителя.

Специфическая профилактика, учитывая высокую контагиозность РВИ и недостаточную эффективность неспецифических мер профилактики (санитарно-гигиенических мероприятий), а также отсутствие этиотропной терапии, в настоящее время единственным наиболее эффективным методом контроля уровня заболеваемости признается вакцинация, которая должна быть частью комплексной программы по контролю диарейных заболеваний (наряду с грудным вскармливанием, мытьем рук, улучшением водоснабжения, оральной регидратацией и пр.). При проведении вакцинопрофилактики РВИ необходимо руководствоваться действующими нормативными и методическими документами по организации иммунизации, и прежде всего Национальным календарем профилактических прививок РФ и Календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям (Приказ МЗ РФ № 125н от 21.03.2014), а также Инструкцией по применению иммунобиологического препарата.

Ротавирусная инфекция по-прежнему остается главной причиной дегидратирующих диарей у детей. Благодаря успехам фундаментальных и клинических исследований, проведенных с момента открытия ротавируса в 1973г., удалось раскрыть многие вопросы биологии ротавирусов, патогенеза ротавирусной инфекции и механизмов формирования иммунитета к ней. Многолетние целенаправленные усилия по разработке методов специфической профилактики ротавирусного гастроэнтерита увенчались разработкой и внедрением в практику нескольких вариантов ротавирусных вакцин, которые позволили перевести ротавирусную инфекцию в разряд вакциноуправляемых. Ротавирусная вакцинация включена в Национальные календари иммунизации во многих странах мира, где доказала свою эффективность, значительно уменьшив бремя тяжелых ротавирусных инфекций, а также снизив смертность от диарей в целом. С учетом значительной доли ротавируса в этиологии инфекционной диареи в нашей стране включение ротавирусной вакцинации в российский календарь прививок поможет существенно уменьшить частоту острых диарей и уровень распространения возбудителя среди всего детского населения.

Клютова А.С., 4-курс, Мергалиева А.М., 4-курс, Мулюкова Р.Р., 4- курс
**МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С
ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ**

Научные руководители: к.м.н., доц., врач-хирург Файзулина Р.Р.^{1,2}, д.м.н.,
проф. Нузова О.Б.¹

¹Оренбургский государственный медицинский университет. Российская Федерация

²Городская клиническая больница имени Н.И. Пирогова
Кафедры микробиологии, вирусологии, иммунологии
Кафедра факультетской хирургии

Этиологическая структура инфицированного панкреонекроза характеризуется широким спектром аэробно-анаэробных микроорганизмов и их ассоциаций. Состав возбудителей панкреатогенной инфекции в значительной степени зависит от состояния микроэкологии желудочно-кишечного тракта – основного эндогенного источника контаминации участков некроза поджелудочной железы, длительности заболевания, нерационального использования антибактериальных препаратов. Основными возбудителями панкреатической инфекции, по данным литературы, являются грамотрицательные микроорганизмы, в частности *Escherichiacoli* (25-35%), условно-патогенные энтеробактерии (клебсиелла, протей) [2]. На этом фоне частота выделения *Enterococcus* spp. составляет 3-40%, а стафилококков – 2–57%. Стоит отметить высокий уровень инфекций, вызванных псевдомонадой, стафилококком и грибами. Анаэробная инфекция выявляется в 15-30% случаев [3,1].

Цель. Улучшение результатов лечения больных с инфицированным панкреонекрозом на основе изучения микробиоценоза.

Приблизительно у 20% больных обнаруживается некротический панкреатит (панкреонекроз). Панкреонекроз имеет фазовое течение заболевания с двумя пиками летальности – ранней и поздней. Ранняя фаза обычно продолжается в течение первых двух недель, вторая или поздняя фаза, может затягиваться от недель до месяцев. Каждой фазе соответствует определенная клиническая картина, а следовательно и определённый лечебно-диагностический алгоритм [4,5].

I фаза – ранняя, в свою очередь подразделяется на два периода:

- IA фаза, как правило, первая неделя заболевания. Характеризуется формированием очагов некроза в паренхиме поджелудочной железы или окружающей клетчатке различного объёма и развитием эндотоксикоза.

- IB фаза, как правило, вторая неделя заболевания. Характеризуется реакцией организма на сформировавшиеся очаги некроза в поджелудочной железе и в парапанкреальной клетчатке. Формируется перипанкреатический инфильтрат.

- II фаза – поздняя, фаза секвестрации, начинается с 3–ей недели заболевания и может длиться несколько месяцев. С 14–х суток от начала заболевания в поджелудочной железе и в брюшинной клетчатке начинают формироваться секвестры.

Клиническая форма данной фазы-инфицированный панкреонекроз, протекающий в виде абсцесса или гнойно-некротического парапанкреатита [6,7].

Материалы и методы. В исследование включено 67 пациента с инфицированным панкреонекрозом, пролеченных в ГАУЗ «ГКБ им. Н.И.Пирогова» за период с 2014 по 2018 годы. Возраст больных колебался от 27 до 85 лет. В лечении всех пациентов применялась этапная комбинированная тактика хирургического лечения.

Идентификацию исследуемых культур проводили на основании морфотинкториальных, культуральных и биохимических свойств. Выделенная микрофлора исследовалась на чувствительность к антибиотикам. Основным критерием, позволяющим достоверно верифицировать стерильный и инфицированный характер некротического процесса, стал результат микробиологического исследования экссудата и некротических тканей, полученных при лапароскопии, чрезкожном пункционном вмешательстве под ультразвуковым контролем, во время «открытого» хирургического вмешательства.

К инфицированным формам панкреонекроза отнесены инфицированный парапанкреатический инфильтрат, панкреатический абсцесс (абсцесс сальниковой сумки, абсцесс поджелудочной железы, локальные гнойники парапанкреатической клетчатки), флегмона забрюшинной клетчатки разной локализации (параколическая, тазовая, паранефральная), бактериальный перитонит, абсцессы брюшной полости (поддиафрагмальный абсцесс, подпеченочный абсцесс), инфицированная псевдокиста.

В лечении всех пациентов применялась этапная комбинированная тактика хирургического лечения. На первом этапе проводилась лечебная лапароскопия с эвакуацией панкреатогенного асцита, «миниинвазивное» дренирование с использованием набора «миниассистент» острых жидкостных скоплений парапанкреатической и забрюшинной клетчатки под УЗИ навигацией, а также пункционное дренирование кист сальниковой сумки. Второй этап – некрсеквестрэктомия путем минилапаротомии и, в том числе, в сочетании с люмботомией на 16-40 сутки от начала заболевания при наличии показаний, подтвержденных ультразвуковым и компьютерным методами исследования.

Результаты. У 50 (74,6 %) из 67 пациентов выявлена полимикробная флора, у 17 (25,4%) – выделен один микроорганизм. Установлено, что грамотрицательные микроорганизмы определялись в 80,1% случаев, грамположительные микроорганизмы выявлены в 15,6% случаев, кандиды – в 4,3% случаев. За указанный период времени микрофлора патологических материалов была представлена в основном условно-патогенными грамотрицательными микроорганизмами родов *Escherichia*, *Citrobacter*, *Klebsiella*, *Proteus*, *Enterobacter*, *Enterococcus*; реже – неферментирующими грамотрицательными представителями родов *Acinetobacter* и *Pseudomonas*. Ассоциации микроорганизмов, выделявшиеся у большинства больных, были представлены следующими сочетаниями: *K. Pneumoniae* и *P. Aeruginosa*, *E. Coli* и *K. pneumoniae*; *A. Calcoeticus* и *E. Coli*, *A. Baumannii*, *E. Coli* и *P. Aeruginosa*, *Citr. Freundii* и *S. Xylosus*, *E. Coli* и *P. Mirabillis*.

Выводы. Показано, что в развитии гнойных осложнений острого панкреатита основную роль играют ассоциации грамотрицательных микроорганизмов желудочно-кишечного тракта. При изучении антибиотикочувствительности микроорганизмов в динамике исследования, установлено увеличение устойчивости грамотрицательных штаммов к фторхинолонам, аминогликозидам, цефалоспорином II-III поколения, пенициллинам, но отмечается высокий уровень чувствительности к карбопенемам.

Список литературы

1. Гучев И.А., Волков И.П., Иванова А.М. Панкреонекроз. Возможности антибактериальной терапии и профилактики /И.А. Гучев, И.П. Волков, А.М. Иванова // Русский медицинский журнал. –2007. – №12. – С.965 –973.
- 2.Красильников Д.М. Оптимизация хирургического лечения больных с панкреонекрозом. / Д.М. Красильников, А.В. Абдульянов, М.А. Бородин.// Анналы хирургической гепатологии. – 2011. – Т.16, №1. – С. 66–71.
- 3.Кубышкин В.А. Острый панкреатит/ В.А. Кубышкин // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2009. –№ 2. –С. 48–52.
4. Нестеренко Ю.А., Лаптев В.В., Михайлусов С.В. Диагностика и лечение деструктивного панкреатита./ Ю.А. Нестеренко, В.В. Лаптев, С.В. Михайлусов. –М.: БиномПресс, 2004. –304 с.
5. Энтеральное зондовое питание и селективная деконтаминация желудочно-кишечного тракта в лечении острого деструктивного панкреатита /А.Г. Мыльников [и др.] // Хирургия. – 2012. –№ 2. – С. 37–41.
6. Bacteriology of infection in severe acute pancreatitis./M.T.Noor [et al.]// JOP. – 2011. – Vol. 12, № 1. – P. 19–25.
7. Imrey P.B. Antibiotic prophylaxis for sever acute pancreatitis. / P.B. Imrey, R. Law// Am. J. Surg. –2010. – Apr. 19. - C-20-23.

Кондрашова Ю.С., 2-курс

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КОЖИ РУК

Научный руководитель: к.м.н., доц. Бибарцева Е.В.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская Федерация

Кафедра микробиологии, вирусологии, иммунологии

Результатом неудовлетворительного мытья рук могут стать так называемые болезни грязных рук. Речь идет о таких заболеваниях, как холера, брюшной тиф, гепатит, которые могут вызвать заболевания и даже привести к летальному исходу.

О неожиданной и курьёзной тонкости процесса мытья рук предупреждают исследователи из университета University of Bradford. Гигиеничное высушивание рук не менее важно, чем их мытьё. Эксперименты показали: в некоторых случаях сушка рук после мытья может увеличить количество микробов на коже.

Британские ученые из университета University of Leeds утверждают, что электросушилки подвергают кожу воздействию огромного количества болезнетворных бактерий. Передаточным звеном в этом случае служит поток воздуха, который выдувает микробы, осевшие на поверхностях сушилки, в течение того периода пока она бездействует.

В 2005 году TÜV Produkt und Umwelt, были получены следующие результаты: электросушилки с горячим воздухом увеличивают бактериальную загрязненность на 117%.

Вопросы личной гигиены в общественных местах при большом скоплении людей не перестают быть актуальными.

Цель. Сравнение гигиеничности электросушилки с естественной сушкой рук после мытья.

Для достижения поставленной цели нужно решить следующие задачи:

1. Изучить научную литературу по теме исследования;
2. Выяснить эффективность электросушилок с точки зрения гигиены;
3. Провести сравнительный анализ обсеменённости кожи рук при естественной сушке и использовании электросушилки;
4. Изучить морфологические признаки бактерий в исследуемых группах.

Объект исследования: кожа рук после сушки электросушилкой и при естественной сушке.

Методы исследования:

1. Анализ источников информации;
2. Микробиологический анализ;
3. Сравнительный анализ.

Предмет исследования: количество бактерий на руках после сушки электросушилкой и при естественной сушке.

Результаты. Бактерии с рук культивировали способом «Посев отпечатков пальцев» на стерильной питательной среде Эндо в чашке Петри. В эксперименте участвовало 3 человека. На 3-й день культивирования просматривали чашки, фиксируя наблюдения: количество и внешний вид колоний. В местах соприкосновения пальцев со средой Эндо, подвергшихся сушке с использованием электросушилки, обсемененность бактериями была гораздо больше, нежели где использовалась естественная сушка. Суммарное число колоний: после сушки электросушилкой - 58, естественная сушка – 40.

Для изучения морфологических признаков бактерий в исследуемых группах приготовили мазок и окрасили его по методу Грамма. Большинство бактерий имели круглую форму – кокки:

1. *Staphylococcus aureus*- мелкие кокки располагаются гроздьями, Грам+. Колонии гладкие, блестящие, выпуклые, 1-2мм, с ровным краем.
2. *Sarcina ventriculi* - кокки средних размеров, располагаются пакетами 8-16 и более клеток, Грам+. Колонии гладкие, блестящие, 1-3 мм, край ровный.
3. *Streptococcus pyogenes* - сферические или овальные, располагаются парами или цепочками, Грам+.

Колонии очень мелкие, бесцветные, прозрачные, гладкие, блестящие. И незначительная часть – продолговатую форму – палочки:

1. *Serratia marcescens* - палочки средних размеров, располагаются одиночно, Грам (-). Колонии с красным водорастворимым пигментом, 2-3 мм.

2. *Escherichia coli* - палочки средних размеров, располагаются одиночно, Грам (-). Колонии бесцветные, полупрозрачные, гладкие, блестящие, 2-5мм, с волнистым краем. В результате исследований по подсчету выросших колоний на Эндо оказалось, что наиболее эффективным антибактериальным средством является спиртосодержащий гель, эффективность которого составила почти 90%.

Выводы. Для сушки рук гораздо эффективнее для сохранения гигиеничности использовать естественную сушку, нежели электросушилки.

Кудиясулов Г.А., 5-курс, Мирзаев С.Г., 5-курс, Молчанов Н.С., 5-курс,
Шахбанов И.Т., 4-курс

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО КОРИ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН И МЕРЫ ЕЕ ПРОФИЛАКТИКИ

Научные руководители: д.м.н. проф. Ахмедов Д.Р., асс. Джанмурзаева А.М.,
Дагестанский государственный медицинский университет. Российская
Федерация

Кафедра инфекционных болезней им. академика Г.П. Руднева

В настоящее время отмечается неблагоприятная эпидемиологическая ситуация по кори в Российской Федерации. В январе-октябре 2018г был зарегистрирован подъем заболеваемости 2354 случая (1,60 на 100 тыс.). Показатели заболеваемости корью, превышающие средний уровень по республике Дагестан, зарегистрированы на территориях Кумторкалинского, Левашинского, Сергокалинского районов и г. Избербаша. Наибольший уровень заболеваемости зарегистрирован в Махачкале, на которую приходится 59,3% от всех случаев заболеваемости зарегистрированных в Дагестане.

Цель. Изучить эпидемиологическую ситуацию по кори в республике Дагестан и меры ее профилактики

Материал и методы. Нами изучена эпидемиологическая ситуация по кори в республике Дагестан, проведен анализ заболеваемости корью за 2015-2018гг.

Результаты. За 2018г. в РД зарегистрировано с подозрением на корь 376 больных, получены ответы на 346 случаев, из них 273 лабораторно подтвержденных случаев кори. Показатель заболеваемости на 100 тыс. населения составил 8,9. За аналогичный период 2017г. показатель на 100 тыс. населения 3,2. Рост на 2.7 раза. В 2017г. в РД зарегистрировано 99 лабораторно подтвержденных случаев кори. Показатель заболеваемости на 100 тыс. населения составил 3,2. Высокий удельный вес больных корью за 2018г. отмечается по г. Махачкала- 150 случаев, что составило 54,9%.

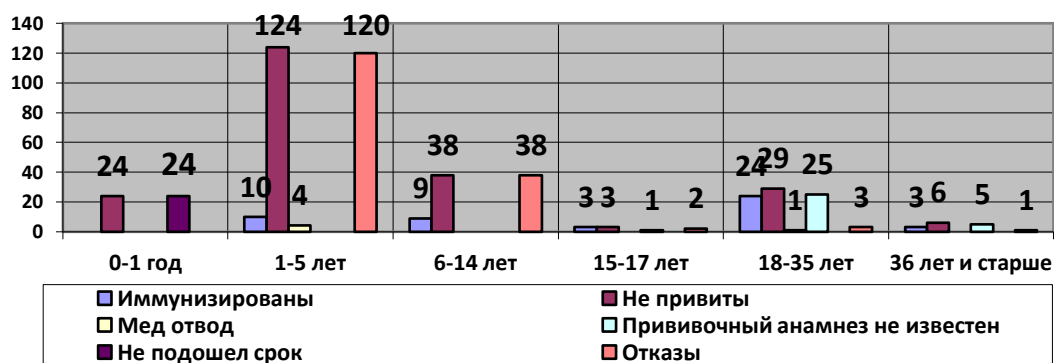
Диаграмма 1

Подтвержденные случаи кори по республике Дагестан в разрезе территорий



Диаграмма 2

Анализ привитости, заболевших корью по возрастам в республике Дагестан



Удельный вес взрослых в структуре заболевших корью составил 62сл. (22,7%), детей до 17 лет составил – 211сл.(77,2%). Из 273 заболевших прививочный анамнез: полный курс иммунизации получили 39 больных (14,2%), однократно привиты по схеме -10 (3,6%). Не привиты - 224сл. (82,1%): из них не подошел срок -24сл. (10,7%), отказов - 164сл. (73,2%), м/о-5сл. (2,2%), прививочный анамнез неизвестен -31сл. (13,8%),

Диаграмма 3

Динамика заболеваемости подтвержденных случаев кори по месяцам за 2017-2018гг.

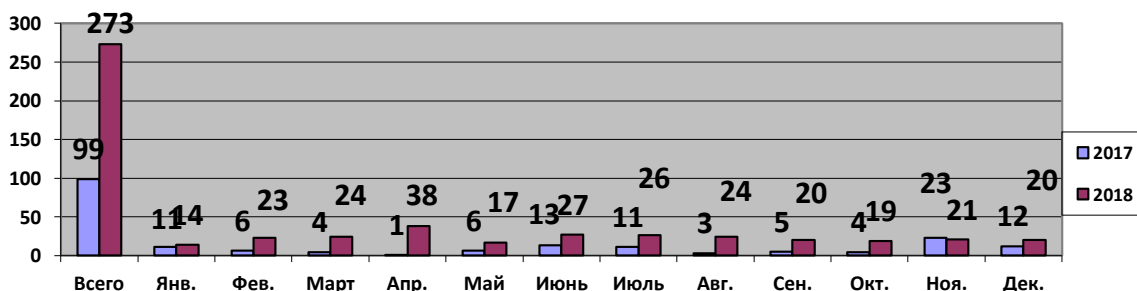
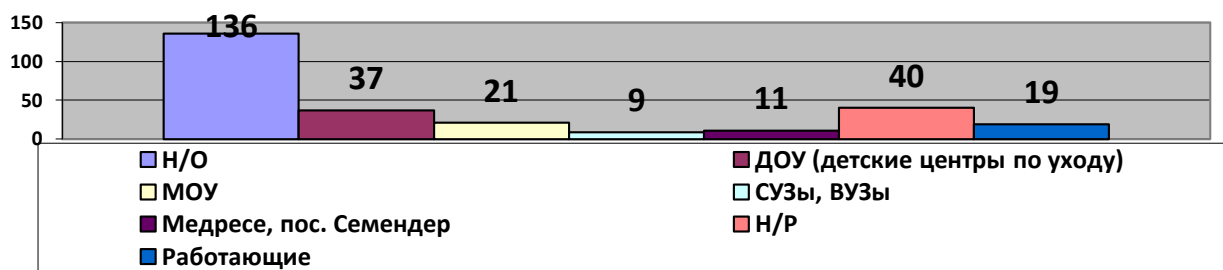


Диаграмма 4

Распределение больных корью по социальному статусу



Всего образовано 428 очага (включая неподтвержденные), из них домашних-369, организованных-59.

Всего контактных- 6169 чел., из них взр.- 2102, детей-4067.

Из 6169 контактных переболели ранее корью-242 чел. (взр.- 221, дети-21); привиты- 4190 (из них взр.-1672, детей-2518 (однокр.-1673 по схеме). Подлежало вакцинации - 1737 контактных (дети- 1098), привито по эпид. показ-947 (дети-612, взр.- 335 (с неизвестным прив.ан.-221). Не привито- 790 чел.: из них взр.-304, дети-486 (отказ-465, пост. м/о-21.). Контактным детям допрививочного возраста и имеющим противопоказания к проведению прививок, проводится иммуноглобулинопрофилактика, всего охвачено 37 детей из 73 подлежавших (отказ-36).

Диаграмма 5,6

Иммунизация против кори за 2018г. В рамках национального календаря прививок

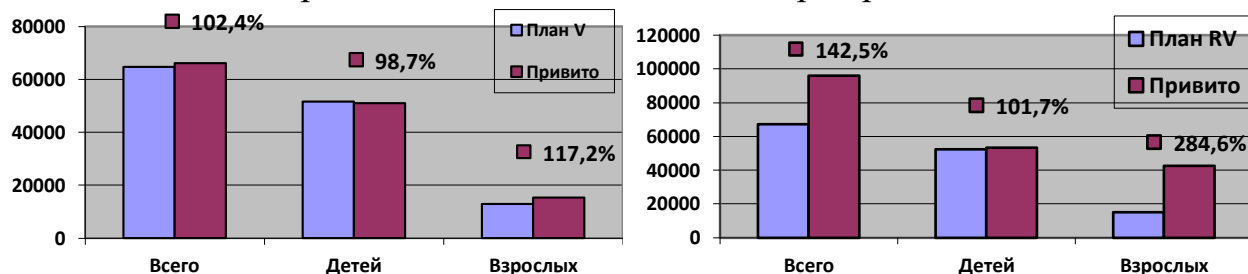
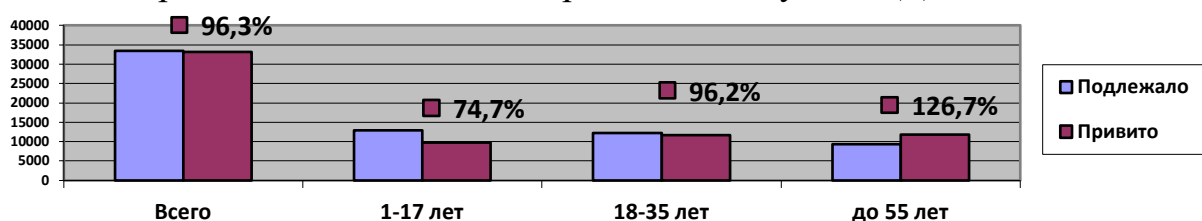


Диаграмма 7

Подчищающая иммунизация против кори и дополнительная иммунизация против эпидемического паротита в Республике Дагестан»



Согласно Приказу №974-Л «О проведении подчищающей иммунизации против кори в Республике Дагестан». Подлежало на подчищающую против кори -31324 пациентов, было выделено 19290, привито -19866 (102,9%).

По результатам серологического мониторинга, проведенного на базе ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Дагестан» отмечается высокий процент серонегативных лиц против кори (рекомендуемый критерий эпидемиологического благополучия-7%)

Выводы. Таким образом, причинами ухудшения эпидемиологической ситуации по кори в республике Дагестан явились: ослабление мероприятий иммунопрофилактики, а также противоэпидемических и профилактических мероприятий. Среди проблем не только несвоевременная иммунизация контактных лиц, но и вообще низкий охват иммунизацией. Есть недоработки и в планировании прививок и в работе по оперативной постановке на учет граждан, а также массовый отказ населения от плановой вакцинации против кори. В связи с чем необходимо охватить профилактическими прививками не менее 85 % как детей, так и взрослых.

Куликова М.А., 2-курс

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ

Научный руководитель: к.м.н., доц. Ляшенко И.Э.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская Федерация

Кафедра микробиологии, вирусологии, иммунологии

Для направленного создания или восстановления нарушенного микробиоценоза человека и животных используют разнообразные приемы: инокуляцию новорожденных определенными микроорганизмами или их комплексом, введение в больших количествах антагонистических штаммов бактерий-представителей нормальной микрофлоры (бифидобактерий, лактобацилл и др.) в составе фармакопейных препаратов и продуктов функционального питания, назначение средств, способствующих селективному размножению анаэробных представителей нормальной микрофлоры (например, так называемые бифидогенные факторы-олигосахариды, пантотенатсодержащие соединения, TOS-фактор и др.), добавление в пищу различных метаболитов анаэробной кишечной микрофлоры, ингибирующих рост аэробных потенциально патогенных микроорганизмов, назначение иммуномодуляторов, повышающих выработку секреторных иммуноглобулинов, введение антиадгезивных антител или лектинов, блокирующих способность патогенных бактерий к адгезии, назначение агентов, специфически подавляющих рост несвойственных данному биотопу микроорганизмов. Интересным представляется изучение микробиологических параметров такого подхода к коррекции микробиологических нарушений как функциональное питание. Целью нашего исследования стало определение роли бифидобактерий в системе функционального питания.

Среди различных представителей нормальной микрофлоры человека бифидобактерии занимают особое место, составляя в норме 85-98% микробиоценоза. Именно бифидофлоре принадлежит ведущая роль в поддержании и нормализации микрофлоры кишечника, формировании неспецифической резистентности организма, улучшении белкового и минерального обмена и др. Дефицит бифидобактерий, являясь одним из

патогенетических факторов длительных кишечных дисфункций у детей и взрослых, ведет к нарушению минерального обмена, процессов кишечного всасывания, белкового и жирового обмена, к формированию хронических расстройств пищеварения. Имеются сведения о том, что бифидобактерии являются “поставщиком” ряда незаменимых аминокислот, в том числе триптофана, витаминов, также установлена их антикарциногенная и антимуtagenная активность, способность снижать уровень холестерина в крови и др. Все эти положительные эффекты позволяют рассматривать бифидобактерии как эффективный биокорректор и основу для создания препаратов, обладающих многофакторным регулирующим и стимулирующим воздействием на организм, и следовательно, как одну из основных категорий функционального питания.

При создании препаратов на основе бифидобактерий учитывают определенные требования к производственным штаммам: они должны быть достаточно устойчивы к низкой рН, желчным кислотам, другим антимикробным веществам, содержащимся в просвете кишечника, должны быть совместимы с микроорганизмами, присутствующими в желудочно-кишечном тракте, обладать высокой скоростью роста т.п. Такими высокими требованиями можно объяснить тот факт, что только немногие из выделенных и изученных штаммов бифидобактерий получают статус производственных штаммов. Так, в нашей стране только 4 штамма бифидобактерий разрешены к использованию для производства лечебных препаратов, в том числе в форме продуктов лечебно-профилактического назначения – *B. bifidum* 1, *B. bifidum* 791, *B. bifidum* ЛВА-3, *B. longum* В379М. Все эти штаммы выделены и изучены в Московском научно-исследовательском институте эпидемиологии и микробиологии им Г.Н. Габричевского.

В 1968 году группой немецких исследователей было установлено, что бифидобактерии можно культивировать в молоке, а следовательно, использовать их для приготовления не только фармакопейных форм препаратов, но и ферментированных лечебных продуктов питания, при этом показано, что максимальный положительный эффект на организм человека оказывают продукты, содержащие живые бифидобактерии в количестве не менее 10^7 КОЕ в 1 мл.

Многообразные позитивные эффекты, обнаруживаемые у человека при постоянном употреблении кисломолочных продуктов, содержащих бифидобактерии, явились основанием для расширения диапазона пищевой продукции с включением в качестве активного действующего начала бифидобактерии (соки, жвачки, мороженое, кондитерские изделия, салаты, сыры, сметана, кефир, масло, крем, творог и др.) и введением ее в состав функционального питания. Все возрастающая популярность и разнообразие бифидосодержащих продуктов питания в развитых странах объясняется тем, что регулярное их использование в течение длительного времени значительно способствует поддержанию физического здоровья, продлевает срок активной жизни, смягчает воздействие неблагоприятных факторов внешней среды,

стрессов и т.п. Анализ многочисленных публикаций по длительному применению бифидосодержащих продуктов функционального питания десятками миллионов людей свидетельствуют об отсутствии каких-либо побочных явлений.

В нашей стране впервые технология приготовления кисломолочного бифидумбактерина была разработана в Московском научно-исследовательском институте эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского. Кисломолочный бифидумбактерин прошел широкую клиническую апробацию, разрешен к повсеместному применению людям любого возраста. Спектр показаний к его применению широк и в основном совпадает с показаниями к применению сухого бифидумбактерина: дисбактериозы кишечника, кишечные инфекции, диареи, колиты, энтероколиты, запоры, интоксикации, длительное применение антибиотиков и антиопухолевых препаратов, радиационное облучение, стрессы, пребывание в экстремальных условиях, предродовая подготовка беременных, воспалительные гинекологические заболевания, болезни обмена и многое другое. Кисломолочный бифидумбактерин рекомендован для систематического применения и, безусловно, может быть отнесен к категории продуктов функционального питания. Регулярное употребление кисломолочного бифидумбактерина в количестве всего 50-100 мл в день поможет сохранить и восстановить здоровье огромному количеству детей и взрослых.

Курбанкожа С., 2-курс, Шаймерденова Г.Г., асс.

ХАРАКТЕР СПЕКТРА МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА И ПАХОВОЙ ОБЛАСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОЛИЧЕСТВА БЕРЕМЕННОСТЕЙ И РОДОВ

Научный руководитель: д.м.н., проф. Сейтханова Б.Т.

Южно-Казахстанская медицинская академия, г. Шымкент. Казахстан
Кафедра микробиологии

Своевременное и правильное формирование микробиоценоза во многом определяет состояние здоровья новорожденного и влияет на его развитие. С позиций современных взглядов, нормальную микрофлору организма мы рассматриваем как единую систему: основной резервуар – кишечник, далее мочеполовая система, кожа и слизистые оболочки. Поэтому рассмотрение микрофлоры кожи новорожденных нельзя изучать вне связи с микрофлорой кишечника и прочих биотопов. Большое влияние на функции ЖКТ новорожденного оказывает течение беременности, родов и раннего неонатального периода, характер вскармливания, различные заболевания и многие лекарственные препараты.

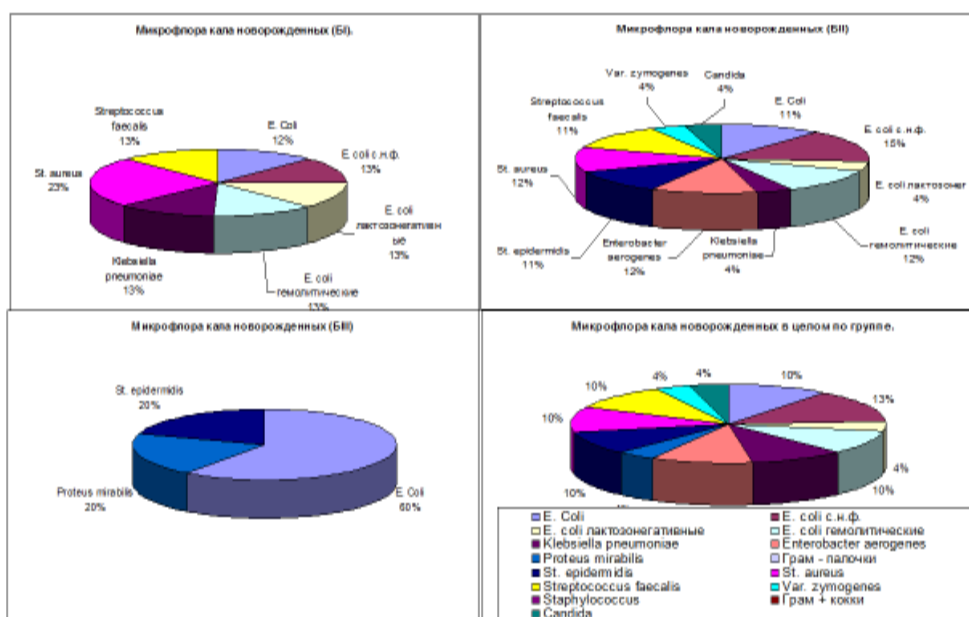
Нами было изучено характер спектра микрофлоры кишечника и паховой области (биотоп кожи) в зависимости от количества беременностей и родов матерей. Характер микрофлоры кишечника новорожденных в зависимости от количества родов у матерей имел различия. Более разнообразный спектр был

отмечен у новорожденных 1 и 2 группы (повторнорожавших). В высоких титрах были условно-патогенные микроорганизмы. Наименьший спектр и количество условно-патогенных микроорганизмов были в группе детей от многорожавших матерей.

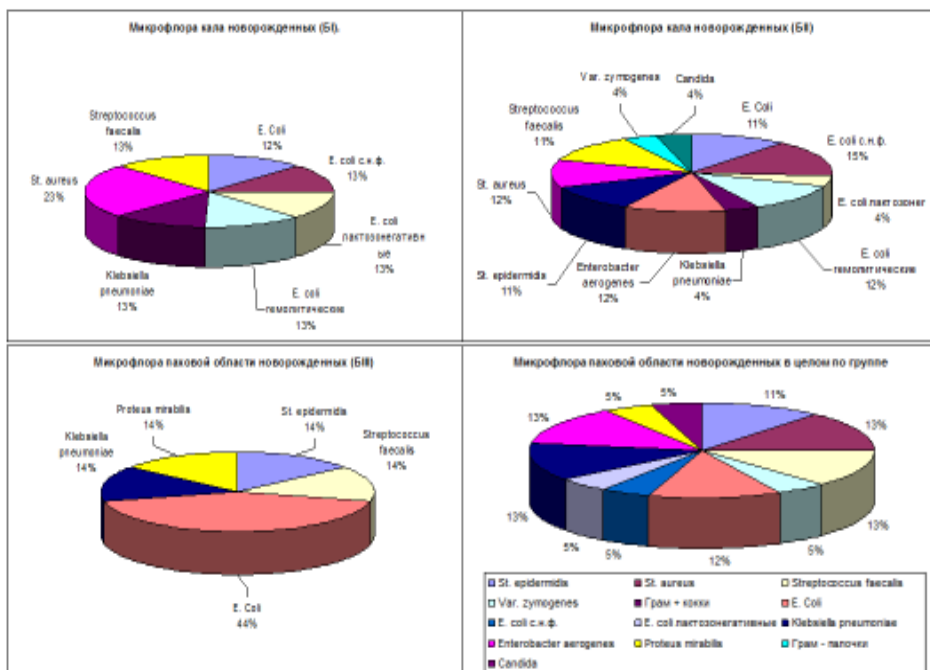


Характер микрофлоры кишечника новорожденных в зависимости от количества родов у матерей имел различия. Более разнообразный спектр был отмечен у новорожденных 1 и 2 группы (повторнорожавших). В высоких титрах были условно-патогенные микроорганизмы. Наименьший спектр и количество условно-патогенных микроорганизмов были в группе детей от многорожавших матерей.

Микрофлора кишечника новорожденных в зависимости от количества беременностей матерей



Спектр паховой области новорожденных в зависимости от количества родов матерей



В количественном отношении доминировали *E.coli*, *E.coli* гемолитические, *Enterobacter aerogenes*, *S.aureus*. различия в соотношении микрофлоры по видам бактерий в I, II и III группах указывает на выраженность процессов контаминации нормальной микрофлорой от женщин повторнорожавших.

К окончанию неонатального периода формирование микробиоценоза кишечника не завершено, несмотря на то, что и на 5-7, и на 30 сутки жизни количество бифидобактерий соответствует возрастной норме, количество лактобактерий не достигает возрастной нормы к 30 суткам. Количество типичных эшерихий в раннем неонатальном периоде незначительно снижено, однако к окончанию неонатального периода число кишечной палочки у детей достигает возрастной нормы. В спектре микрофлоры паховой складки новорожденных преобладали бактерии кишечной группы.

Анализ показал, что спектр микроорганизмов зависит от количества беременностей матерей: первородящие, повторнородящие (до 3) и многоородящие (больше 3). Наибольшее количество УПМ отмечается в группе повторнородящих. Спектр микроорганизмов также был значительно шире в группе II (повторнородящие-БII). Частота контаминации кишечника представителями условно-патогенной микрофлоры в раннем неонатальном периоде невелика и представлена в основном коагулазоотрицательными и коагулазоположительными стафилококками.

Маманов Н.Г., 6-курс

ОПРЕДЕЛЕНИЕ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ИНФЕКЦИИ

Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии. Узбекистан

Кафедра хирургии

Цель. Изучить антибиотикорезистентность возбудителей внутрибольничной инфекции в урологическом отделении РНЦЭМПФФ.

Материалы и методы. Мы наблюдали за 218 больных (доброкачественная гиперплазия предстательной железы и мочекаменная болезнь) получавших оперативное лечение в урологическом отделении РНЦЭМПФФ.

Результаты. Нами изучена микробиологическая структура у 218 больных урологическими заболеваниями, поступивших на оперативное лечение с диагнозами: мочекаменная болезнь (МКБ) - у 115 (52,7%), доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) – у 103 больных (47,3%). Внутрибольничные инфекции мочевых путей (ВБИ МП) были диагностированы у 48 (22%) больных: из них 26 (22,6%) пациентов с МКБ и 22 (21,3%) пациентов с ДГПЖ. Наиболее часто выделялась культура *E. coli* – у 62 больных (28,4%), *Staphylococcus* – у 70 (32,2%), *Streptococcus* – у 60 (27,5%), *Klebsiella* – у 1 (0,4%) и у 17 больных (7,8%) отмечались микробные ассоциации. После оперативного лечения через 3-4 дня при микробиологическом исследовании мочи выделены возбудители ВБИ МП у больных с МКБ и ДГПЖ, которые относились к грамотрицательным микроорганизмам: *E. coli* (39,6%), *Klebsiella* (8,3%), *Ps. aeruginosa* (12,5%), *Proteus* (2,1%), а также выделены грамположительные микроорганизмы - *Staphylococcus* (14,6%), *Streptococcus* (12,5%). У 5 (10,4%) больных отмечались микробные ассоциации.

Установлена чувствительность микроорганизмов *E. coli*, *Klebsiella*, *Ps. aeruginosa*, *Proteus*, *Staphylococcus* и *Streptococcus*, выделенных из мочи больных к 15 антибиотикам: ампиоксу, цефазолину, цефтриаксону, азитромицину, ципрофлоксацину, офлоксацину, гентамицину, фурадонину, фуразолидону, эритромицину, меркацину, левомицетину, невидграму, нистатину.

Выводы. Результаты исследования ВБИ после оперативных вмешательств по поводу МКБ и ДГПЖ показали, что штаммы всех видов микроорганизмов (*E. coli*-39,6%, *Klebsiella*-8,3%, *Ps. Aeruginosa*-12,5%, *Proteus*-2,1%, *Staphylococcus*-14,6%) у больных обладали выраженной полирезистентностью к 7-9 антибиотикам. Антибиотиками выбора в урологической клинике были предложены: цефтриаксон, ципрофлоксацин, гентамицин и меркацин.

Пахомов А.П., 3-курс, Переведенцева Л.В., 3-курс
**СТЕРОИДЗАВИСИМЫЙ, САНДИММУНЗАВИСИМЫЙ
НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)**

Научный руководитель: к.м.н., доц. Савельева Е.В.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская
Федерация

Кафедра факультетской педиатрии, эндокринологии

Нефротический синдром (НС) представляет собой симптомокомплекс, включающий протеинурию более 3,5 г/1,73 м² в сут, или более 40 мг/м² в час; гипоальбуминемию ниже 25 г/л, гиперлипидемию и отеки.

Ежегодная частота возникновения нефротического синдрома составляет 2-7 первичных случаев на 100 000 детского населения, распространённость у детей – 12-16 случаев на 100 000 детской популяции. По данным различных исследований доля пациентов с гормоночувствительным вариантом заболевания среди всех случаев НС составляет 78-98%.

Актуальность работы обусловлена тем, что дети с НС являются угрожаемыми по развитию осложнений, связанных как с основным заболеванием, так и с побочными эффектами используемых лекарственных препаратов, что требует оптимизации терапии и вторичной профилактики.

В ГБУЗ ОДКБ была проанализирована форма 112/у пациента с НС. Цель исследования состоит в прослеживании динамики течения НС у пациента и его лечения.

Пациент Г, 17 лет, из анамнеза жизни и заболевания: Ребенок от 3 беременности, протекавшей на фоне токсикоза, угрозы прерывания, инсульта в анамнезе, 3 оперативных родов. Дебют НС в июле 2003 г. (2г.3мес) после перенесенной ОРИ- чувствителен к базисной терапии преднизолоном. В динамике отмечались частые рецидивы нефротического синдрома через 4-5 месяцев после отмены преднизолона. С 2005 года развилась стероидзависимость. В 2007 году получила курс эндоксана 2 месяца – без эффекта. С ноября 2007 года назначен сандиммун неорал, на фоне лечения отмечались рецидивы НС. С 2009 года на дозе сандиммун неорала 200 мг/сутки при попытке снижения дозы преднизолона менее 25 мг/48 часов развился рецидив. В сентябре 2013 года находилась на обследовании и лечении в отделении наследственных и приобретенных болезней почек «НИКИ Педиатрии» имени академика Ю.Е.Вельтищева ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И.Пирогова» проведена нефробиопсия: гистологическая картина нефрита с минимальными изменениями, гломерулосклероз отдельных клубочков в ассоциации с хронической герпетической инфекции. Была рекомендована противовирусная, иммуностимулирующая терапия «реафероном» (после выписки не получала), гормонотерапия 30 мг/сут. В декабре 2013 г. после переохлаждения на дозе преднизолона 40 мг/48 часов отмечался рецидив нефротического синдрома. На дозе 60 мг/сут подключен майфортик.

Последнее обострение заболевания наблюдалось летом 2016 года. Это произошло на фоне самостоятельной отмены препарата майфортика – на фоне видимых улучшений, мама решила убрать препарат из-за возникновения других осложнений. На лицо явное нежелание сотрудничества мамы с врачом, т.е. невыполнение рекомендаций врача. Девочка была экстренно госпитализирована.

С момента последнего обострения девочка принимает регулярно майфортик в количестве 720 мг 2р/сутки, никаких случаев рецидива нефротического синдрома не наблюдается уже 3 года.

Сейчас о ремиссии говорят и данные лабораторных исследований:

✓ Общий клинический анализ мочи 03.04.2019

Удельная плотность 1025 г/л

Цвет соломенно-желтый

Реакция кислая

Прозрачность-прозрачная

Белок не обнаружен

Микроскопия: эпителий плоский в поле зрения 1-0.

Лейкоциты в поле зрения 1.

Общий клинический анализ 05.04.2019

Удельная плотность 1025 г/л

Цвет соломенно-желтый

Реакция слабо-кислая

Прозрачность- прозрачная

Белок не обнаружен

Микроскопия: эпителий плоский в поле зрения 1-0, лейкоциты в поле зрения 1

✓ Биохимический анализ крови от 02.04.2019г:

Общий белок-67,2 г/л

Альбумин -43,8г/л

Мочевина -3,1 ммоль/л

Креатинин-49мкмоль/л

Холестерин -4,02 ммоль/л

Биллирубин общий 18,9 мкмоль/л

Щелочная фосфатаза-98 Е/л

Амилаза- 32 Е/л

Превышает норму холестерин ЛПНП-2,72 (0-2,59)

Железо-3,85ммоль/л (5,83-34,5)

Кальций -2,34 ммоль/л

Ферритин -3,6мкг/л (15-150)

✓ Моча по Зимницкому:

Уд.вес 1004-1024, суточный белок отрицательный.

Иммунохимия:

Витамин Д-11,49 нг/мл (30-100)

Основной диагноз звучит следующим образом: Идиопатический нефротический синдром, стероидзависимый вариант, стадия ремиссии. ХБП 1 стадия.

По поводу сопутствующих заболеваний и осложнений: Осложненная задняя полярная катаракта обоих глаз. Консолидированный компрессионный перелом Th 3,4,6, 12 и L1 позвонков. Железодефицитная анемия легкой степени-пациент регулярно обследуется гематологом, ортопедом, офтальмологом. Прогноз неблагоприятный, так как имеются осложнения, частые рецидивы. А так же не соблюдение рекомендаций врача (самостоятельная отмена назначенных препаратов, приводящая к срыву)

Рамазанова Ш.Ш., 5-курс

РЕЗУЛЬТАТЫ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ ТУБЕРКУЛЁЗНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ПОЗВОНОЧНИКА

Научный руководитель: к.м.н., доц. Муаззамов Б.Р.

Бухарский государственный медицинский институтимени Абу Али ибн Сино.

Кафедра микробиологии и фтизиатрии

Цель. Улучшение результатов хирургического лечения и минимизации операционной травмы, забор аутокостного трансплантата в виде костных крошек из зоны оперированного сегмента здоровой части тела позвоночника.

Материал и методы. В 77 случаях для заполнения просвета костные крошки получены из здоровой части оперированного сегмента тела позвоночника. Из них у 59 (76,6%) – наблюдалось поражение поясничного отдела, у 15 (19,5%) – поясничного-крестцового, а у 3 (3,9%) - шейного отделов позвоночника. Также проведено бактериологическое изучение, с целью выявления возможности использования аутокостного трансплантата – аутокостные крошки собранного из зоны оперированного сегмента позвоночника. Бактериологическое исследование кости полученного из тела позвоночника проведено у 43 больных, из них женщин – 18 (41,9%), мужчины – 25 (58,1%). У 36(83,7%) больных исследование проведено по двукратно, а у 7 (16,3%) - однократно, всего – 79 (100%) больных. У 32 (40,5%) исследуемый костный материал получен из здоровой части, а у 47(59,5%) из центра поражённой зоны тела позвонков. Химическая обработка кости проведена у 31 (75,6%) больного с 0,05% раствором хлоргексидина, у 7 (17,1%) – с 3% перекисью водорода, а у 3 (7,3%) случаев – 96% раствором этилового спирта, после чего проведена бактериоскопическое исследование по методам Цилью-Нельсона. Из 79 больных – у 13 (16,5%) костный материал полученный из оперированного сегмента, проверен современным цитогенетическим методом ПЦР диагностики в аппарате GenExpert.

Результаты. Выявлено чувствительности и специфичности методов исследования. Чувствительность микроскопического исследования костной ткани составляет – 2,5%, а специфичность – 97,5%.

При цитогенетической диагностике в аппарате GenExpert - у 6 (46,2%) отмечен МБТ положительный, а у 7,7% - выявлено устойчивость МБТ к рифампицину. Чувствительность исследования костной ткани при её изучении на аппарате GenExpert составила – 46,2%, а специфичность – 53,8%. При проведении бактериологического исследования молекулярно-генетическим методом – ПЦР диагностики на аппарате HAIN-test из 6 больных у 3 (50,0%) отмечался положительный результат на МБТ, при этом во всех случаях диагностирована МЛУ форма туберкулёза. Чувствительность и специфичность составила – 50% при исследовании костной ткани на аппарате HAIN-test (FL-LPA). При бактериологическом исследовании костной ткани методом посева, проведенного в твердой среде Левенштейна-Йенсена у 77 (100%) больных, результаты получены в среднем за 42 дня и у 9 (11,7%) случаев получено положительный результат. Чувствительность исследования костной ткани методом посева на твердой среде Левенштейна-Йенсена составила – 11,7%, а специфичность – 85,7%. Бактериологическое исследование костного мозга методом посева в жидкой среде на автоматизированной системе MGIT ВАСТЕС-960 проведено у 51 больных, результаты получены в среднем за 28 дней, при этом у 49 (96,1%) - получено отрицательный, а у 2 (3,9%) МБТ положительный результат. Чувствительность исследования костной ткани методом посева на жидкой среде MGIT-ВАСТЕС-960 составила – 3,9%, а специфичность – 96,1%.

Выводы. Использованных методов бактериологических исследований костной ткани, полученных из зоны оперированного сегмента тела позвоночника показал, что наиболее чувствительными из них являются молекулярно-генетические методы и можно использовать костные крошки полученные из зоны здоровой части тела позвоночника при переднем спондилодезе с применением титанового сетчатого кейджа.

Рахматуллина Р.Р., кл.орд, 1-курс, Муминова Н.Д., кл.орд, 1-курс, Свирина А.С., аспирант, 3-года, Садыкова Э.А., 5-курс

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕМОРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель: д.м.н., проф. Хасанова Г.М.

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Российская Федерация

Кафедра инфекционных болезней с курсом ИДПО

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) является одной из распространенных природно-очаговых инфекций в Российской Федерации. Актуальность проблемы обусловлена высокой заболеваемостью

[1], отсутствием тенденции к снижению заболевания [2], тяжестью патологического процесса с поражением почек [3], с возможностью развития инфекционно-токсического шока, кровоизлиянием в гипофиз, острой почечной недостаточности с летальным исходом. Летальность при ГЛПС в среднем по стране от 1 до 10%. Как известно, Республика Башкортостан занимает лидирующие позиции в возникновении вспышек хантавирусной инфекции в России. Ежегодно в Башкортостане заболевают в среднем до 3000 человек, среди которых 4% составляют дети. В доступной нам литературе мы не встретили ни одной публикации по изучению динамики цитокинов у детей при ГЛПС. Именно данный факт пробудил наш интерес к определению особенностей течения данного заболевания у детского населения.

Цель исследования. Определение особенностей клинического течения ГЛПС у детей, динамики цитокинового профиля и взаимосвязь данных показателей.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ 145 историй болезни детей с подтвержденным диагнозом ГЛПС, находившихся на стационарном лечении в ИКБ№4 в период 2010-2018гг. Содержание провоспалительных цитокинов изучено в динамике у 37 детей больных ГЛПС твердофазным иммуноферментным методом определения содержания интерлейкина-1 β (IL-1 β), туморнекротизирующего фактора α (TNF α) и α -интерферона (α INF)

Результаты и обсуждение. По гендерному признаку пациенты распределились следующим образом: девочки – 32%, мальчики - 68%. Среди исследуемых преобладающим контингентом были дети в возрасте от 10 лет и старше (81%). В основном заболевание приходилось на летне-осенний период (летом 52%, осенью-39%), с пиком в июне. Доля среднетяжелой формы ГЛПС составила 83%, тяжелой формой болели 10% детей, а легкая форма встречалась в 7% случаев. Заболевание начиналось остро. Начальный период проявлялся лихорадкой, головными болями (23.9% случаев) и болью в пояснице (15.2%). В отличие от взрослых, в общем анализе крови у пациентов детского возраста редко наблюдалась тромбоцитопения (лишь в 21,7% случаев). Часть пациентов поступала с жалобами на жидкий стул (13%) и рвоту (23.9%), что приводило к ошибочной диагностике.

Период олигоурии наступал на 3-4 день заболевания, на фоне продолжающейся лихорадки (84.8%). В этот период был наиболее ярко выражен болевой синдром, который характеризовался болями в области поясницы (у 50% детей), головными болями (36.9%) и болями в животе (34.8%). У 52.2% детей отмечался положительный симптом поколачивания, у 45.6% -инъекция сосудов склер. В показателях периферической крови у 17% исследуемых наблюдался лейкоцитоз, у 20%-признаки гемоконцентрации. Максимальная протеинурия наблюдалась в среднем на 6-7 день, и составляла 1-3г/л; анурии не наблюдалось; низкий удельный вес мочи регистрировался у 72,2% больных, для 61,1% была характерна лейкоцитурия, и для 66,7% пациентов – микрогематурия. Азотемия была невыраженной. Максимальный уровень креатинина не превышал 650 мкмоль/л: при легкой форме показатели

креатинина составляли $83,75 \pm 0,52$ мкмоль/л, среднетяжелой форме – $135,4 \pm 0,23$ мкмоль/л, при тяжелой форме – $389,8 \pm 0,62$ мкмоль/л.

Период полиурии начинался в среднем на 11-12 день, и характеризовался улучшением состояния больных, и повышением количества мочи. Суточный диурез увеличивался в среднем до 2000-3000 мл, максимум до 6200 мл. У некоторых детей еще сохранялись боли в пояснице (54.3%), боли в животе (28.3%), инъекция сосудов склер (43.5%). У 52.2% наблюдалось повышение температуры.

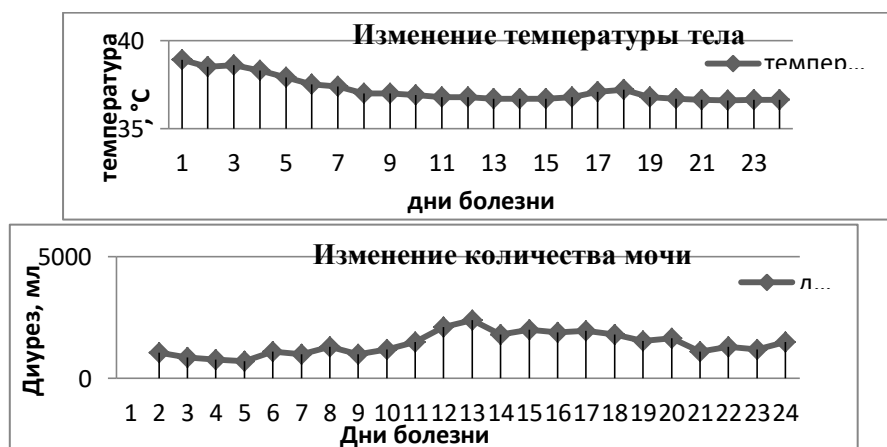


Рис.1. Изменение температуры тела и суточного диуреза

По графикам можно проследить отличительную особенность течения ГЛПС у детей – длительность лихорадки. Если у взрослых больных можно четко разделить начальный период, характеризующийся повышением температуры тела, и олигоанурический период, во время которого лихорадка полностью исчезает, или появляется так называемая «двугорбая» кривая, то у детей определить границу между периодами практически невозможно. У большинства пациентов до 18 лет олигоанурия наблюдалась уже на 3-4 день, в разгар лихорадки, а сама лихорадка длилась вплоть до наступления полиурии. Также следует отметить невысокую частоту геморрагического синдрома у детей.

Исследование динамики цитокинов показало, что в олигоанурическом периоде на высоте клинических проявлений наблюдается статистически значимое увеличение концентрации IL-1 β , TNF α ($p < 0,05$) в сравнении с контрольной группой. По мере уменьшения интоксикации, улучшения общего самочувствия в периоде полиурии прослеживается тенденция к снижению уровней IL-1 β и TNF α , но их содержание остается высоким ($p < 0,05$) по сравнению с контролем. Одновременно регистрировался дефицит α INF, который сохранялся во все фазы болезни и коррелировал с тяжестью процесса.

Выводы:

1. Чаще заболевали дети в возрасте от 10 лет и старше (81%). Большинство пациентов составляли мальчики (68%).
2. Заболевание приходилось на летне-осенний период.

3. Период олигоанурии начинался на 2-3 день заболевания, который в 84.8% случаев сопровождался высокой лихорадкой.

4. Исследование уровня IL-1В и TNF α показало значительное увеличение количества данных цитокинов в период олигоанурии, ($p < 0,05$).

5. Дефицит IFN α сохранялся во все фазы болезни и коррелировал с тяжестью процесса.

Список литературы

1. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом: актуальные проблемы эпидемиологии, патогенеза, диагностики, лечения и профилактики / Под ред. акад. АН РБ Р.Ш. Магазова. – Уфа, 2006.-240 с.

2. Хасанова Г.М. Актуальные аспекты иммунопатогенеза, витаминно-микроэлементного баланса и лечения геморрагической лихорадки с почечным синдромом: дисс. ...доктора медицинских наук/ГОУВПО «Российский университет дружбы народов». - Москва, 2012. – 316 с.

3. Хасанова Г.М., Тутельян А.В., Валишин Д.А. Связь показателей иммунного и микроэлементного статусов у больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом // Вестник Мордовского университета. - 2013. - №1-2. - С.175-177.

Сагандыкова А.К., 5-курс, Башбаева И.Б., 4-курс

ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКИЙ ШОК

Научный руководитель: к.м.н., ст. преп-ль Жежа С.В.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская Федерация

Кафедра акушерства и гинекологии

В настоящее время инфекции стоят на четвёртом месте в структуре материнской смерти и составляют 11%, в развивающихся странах септический шок связанный с септическим абортом и послеродовым эндометритом по-прежнему занимает одно из ведущих мест, несмотря на значительный прогресс профилактики и лечения гнойно-септических осложнений в акушерстве. Во всех странах отмечается рост сепсиса и его лечение сопровождается серьезными затратами при сохраняющейся высокой летальности.

В России материнская смертность связанная с сепсисом во время родов и в послеродовом периоде в общей структуре материнской смертности достигает 3,6% и только данная патология даёт максимальное количество неблагоприятных исходов в сроке беременности до 22 недель.

Клинический случай. В больницу 13.10.18г поступила в экстренном порядке женщина 29 лет с диагнозом 6-я беременность, 20 недель с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, кровянистые выделения из половых путей. В условиях покоя завершился самопроизвольный выкидыш плода мужского пола, весом 250г, со зловонным запахом. В 16:55 была проведена операция выскабливание полости матки.

В анамнезе заболевания было выяснено, что у пациентки беременность 20-недель. Наблюдается в ЦЖК; 11 октября был проведен УЗИ-скрининг, без патологии. Вечером появились водянистые выделения из половых путей, 12.10.2018г. отмечала повышение температуры до 38°C. Скорой помощью доставлена в ГБУЗ «ООКИБ». Там был выставлен диагноз: ОРВИ. За время нахождения в стационаре температура повышалась до 41°C. Появились жалобы на схваткообразные боли внизу живота, кровянистые выделения из половых путей. 13.10.18г. В 15:15 часов была доставлена перевозкой в ГКБ №2. Аллергологический анамнез неотягощён. Гинекологический анамнез: менструации с 13 лет, регулярные, умеренные, безболезненные. Цикл длится 28 дней. Последняя менструация 23.05.2018 года. Половая жизнь с 17 лет. Регулярная. Половой партнер постоянный. Роды в 2006, 2010г. 3 медицинских аборта. Хронический аднексит.

При осмотре: состояние средней степени тяжести; рост 168см вес 82кг. Кожные покровы бледные, видимые слизистые чистые, влажные. Молочные железы бледноватой окраски. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 120уд/мин. АД 90/55мм.рт.ст. Носовое дыхание не затруднено. Зев спокоен. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 20 в мин. Язык сухой, чистый. Живот мягкий, безболезненный, увеличен за счёт беременности, участвует в акте дыхания. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Селезенка и печень не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание и стул без особенностей.

По данным гинекологического обследования матка в гипертонусе. Во влагалище расположена головка плода. В условиях покоя завершился самопроизвольный выкидыш плодом мужского пола, весом 265,0 гр. Без дегенеративных изменений, но со зловонным запахом. Плацента самостоятельно не отделилась. Кровотечение не наблюдалось. Для завершения процесса была доставлена в малую операционную, где была проведена операция выскабливание полости матки. Фрагментарно эвакуирована плацента с дегенеративными изменениями, с неприятным запахом. Вместе с плодом отправлена на гистологическое исследование. Стенки матки ровные, плотные. Матка хорошо сокращается. Кровотечения из половых путей нет.

Учитывая ранние анализы, клиническую ситуацию, лабораторные данные:

- ОАК: эритроциты=3,03; гемоглобин=108; тромбоциты=70, СОЭ=38 мм/час; лейкоциты=2,6; п/я.=27, с/я=64, ю=3, эозинофилы=0, моноциты=1, лимфоциты=5, токс.зер.=11; нестабильную гемодинамику: гипотензия, тахикардия, умеренная одышка, олигоурия,
- Мазок от 13.10. 18: флора: кокковая; лейкоциты: 8-10; эпителий: 10-15; трихомонады, гонококки, дрожжевые грибы: отрицательно.
- Результаты параметров клеточного иммунитета от 17.10.18г.: относительные показатели: D3-73, D4-21, CD4/CD8- 0,44. Абсолютные показатели: D3-498, D4-144, CD4/CD8-330.
- Гистологическое исследование: диффузный хориоамнионит.

• Биохимический анализ крови: глюкоза=6,78; общий белок=66; альбумины=54; мочевины=3,61; креатинин=0,101; билирубин=36,14; АЛТ=15; АСТ=18,7. нарастание печеночных ферментов; у пациентки нельзя исключить инфекционно-токсический шок на фоне самопроизвольного выкидыша сроком 20 недель. Пациентка переведена в реанимационное отделение, где с 13 по 15 октября была проведена инфузионная (кристаллоиды), стероидная противовоспалительная, антибактериальная, спазмолитическая, дезинтоксикационная терапия и профилактика кровотечения. После проведенной терапии состояние больной стабилизировалось. Пациентка с удовлетворительным состоянием выписана с окончательным клиническим диагнозом: хориоамнионит. Инфекционно-токсический шок. Параметрит. Сопутствующие заболевания: Хронический вирусный гепатит С. ВИЧ-инфекция, субклиническая стадия III, с уровнем CD4- 144 кл.

Таалайбекова А., 5-курс

ВЛИЯНИЕ ВАКЦИНАЦИИ ЖИВОТНЫХ НА УРОВЕНЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БРУЦЕЛЛЕЗОМ ЛЮДЕЙ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Научный руководитель: д.м.н., проф. Тойгомбаева В.С.

КГМА им. И.К. Ахунбаева. Кыргызстан

Кафедра общей и клинической эпидемиологии

Цель. Оценить влияние иммунизации мелкого рогатого скота на уровень заболеваемости бруцеллезом населения Кыргызской Республики.

Материалы и методы. Материалом для исследования служили данные официальной статистики заболеваемости бруцеллезом за период 2000-2018гг. Данные ветеринарной службы о численности МРС по регионам республики и охват их прививками. Методы исследований: эпидемиологический, статистический.

Результаты. Среди стран СНГ Кыргызская Республика занимает лидирующее положение по заболеваемости бруцеллезом. Показатели заболеваемости в КР в сравнении с таковыми в республиках Таджикистан, Казахстан, Узбекистан и РФ превышают во много раз, хотя по данным Департамента ветеринарного управления наблюдается выраженная тенденция к снижению неблагополучных пунктов по бруцеллезу. Многолетняя динамика заболеваемости бруцеллезом по республике за период 2000 по 2018 годы имеет умеренную тенденцию к снижению с среднегодовым темпом снижения – 4,3%. До 2012 года уровень заболеваемости имел выраженную тенденцию к росту с среднегодовым темпом роста- 13,4%. Средний интенсивный показатель за этот период составил $55^0/0000$, максимальный – $809,4^0/0000$ (2011г.) и минимальный - $24,9^0/0000$ (2000г.). В 2010 году в рамках проекта Всемирного Банка Сельскохозяйственных инвестиций и услуг при содействии Швейцарского Красного Креста и других иностранных инвесторов ветеринарной службой республики была начата вакцинация МРС иорданской вакциной REV-1.

Вакцина вводилась конъюнктивальным методом только мелкому-рогатому скоту как основному источнику инфекции. Это мероприятие дало значительное снижение заболеваемости бруцеллезом среди людей. Минимальный интенсивный показатель снизился до 8,0 на 100 тысяч населения в 2015 году. Однако уровень заболеваемости бруцеллезом населения нашей республики по сравнению с сопредельными республиками остался высоким. Удельный вес регистрируемого бруцеллеза среди населения по регионам республики не равнозначен. Наибольшая доля регистрируемого бруцеллеза наблюдается в Жалал-Абадской области, составляя – 31,9%. Доля Ошской, Нарынской и Чуйской областей составляет по 15,4%, 14,2 % и 11,4% соответственно. По остальным регионам эти показатели варьируют от до 0,9% в Иссык-Кульской области до 5,3% в Таласской области.

Выводы. Кыргызская республика является эндемичной территорией по заболеваемости бруцеллезом среди населения и характеризуются повсеместным распространением по регионам республики;

- По данным ветеринарной службы эпизоотическая ситуация имеет тенденцию к улучшению с сокращением числа неблагополучных пунктов по заболеваемости животных;

- Вакцинация мелкого рогатого скота от бруцеллеза дала существенное снижение заболеваемости людей, интенсивный показатель снизился в 5,8 раза;

-Для дальнейшего снижения заболеваемости бруцеллезом людей необходимо иммунизировать и крупный рогатый скот, который также является источником заражения.

Уларбекова А., 5-курс

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПАРАЗИТАРНЫХ БОЛЕЗНЕЙ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Научный руководитель: д.м.н., проф. Тойгомбаева В.С.

КГМА им. И.К. Ахунбаева. Кыргызстан

Кафедра общей и клинической эпидемиологии

Цель. Оценить структуру, динамику паразитарных заболеваний в Кыргызской Республике.

Материалы и методы. Материалом для исследования служили данные официальной статистики, регистрируемой в республике паразитарной заболеваемости за период 2008-2018гг. и данные скрининговых паразитологических исследований населения по регионам республики. Методы исследований: эпидемиологический, паразитологический, статистический.

Результаты. Структуру паразитарных заболеваний в республике формируют около 20 видов гельминтов и 10 видов простейших. В конце XX и в начале XXI века уровень заболеваемости был высоким и инвазированность отдельных детских коллективов доходила до 80%. Из регистрируемых паразитозов превалировал энтеробиоз – 37,4%, аскаридоз составлял– 26,4%, лямблиоз – 23,1%, гименолепидоз – 8,2%, из протозоозов встречался лямблиоз,

амебиаз, токсоплазмоз, лейшманиоз. При поддержке ЮНИСЕФ было проведено скрининг-обследование детей (от 2 до 14 лет) всех регионов республики. Полученные результаты свидетельствуют о высокой их инвазированности кишечными паразитами: в Нарынской области – 25,3%, Жалал-Абадской – 37,3%, Чуйской – 11,3%, Таласской – 20,8% и городе Бишкек – 12,5%. Кроме того, выявлялась высокая доля микст-инвазированных в сочетании от 2 до 4 паразитов. Доля таких микст-инвазий доходила до 30,1%. Одновременно с проведением акции дегельминтизации была организована социальная мобилизация всего населения с привлечением Сельских комитетов здоровья, областных и районных ЦСМ, центров укрепления здоровья, ЦГСЭН, представителей госадминистраций и Министерство образования и науки Кыргызской Республики. Для улучшения лабораторной диагностики паразитозов был внедрен количественный паразитологический метод обследования - Като-Кац.

В результате проведенных мероприятий инвазированность детей снизилась в 3,8 раза. В настоящее время сложилась стабильная тенденция низкой пораженности населения республики кишечными паразитами, однако наблюдается рост заболеваемости эхинококкозом и альвеококкозом. Если в 2008 г. по республике было выявлено 766 случаев эхинококкоза, из них 46 альвеококкоза, то в 2017 г. выявлено 942 и 149 соответственно. В основном альвеококкоз был зарегистрирован в Алайском районе Ошской области.

Выводы:

- Структура паразитарных заболеваний формируется из 20 нозологических форм, из которых наибольшую долю составляют кишечные инвазии (80%);
- По данным скрининговых исследований инвазированность населения республики варьировала от 11,3% в Чуйской области до 37,3% в Жалал-Абадской области. Микст-инвазии выявлялись у 30% инвазированных.
- Проведенные массовые дегельминтизации среди населения всех регионов позволили снизить инвазированность в 3,8 раза
- На фоне снижения кишечных инвазий отмечается рост эхинококкозов в 1,2 раза.

Усмонов И.Х., 4-курс

**ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ С
ПРИМЕНЕНИЕМ ТИТАНОВОГО СЕТЧАТОГО КЕЙДЖА ПРИ
ТУБЕРКУЛЁЗЕ ПОЗВОНОЧНИКА**

Научный руководитель: асс. Жумаев М.Ф.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.

Узбекистан

Кафедра микробиологии фтизиатрии

Цель. Повышение эффективности хирургического лечения при туберкулеза позвоночника с применением титанового сетчатого цилиндра образного кейджа.

Материал и методы. В основу работы положены данные обследования 309 больных, из них 276 (89,3%) больные с туберкулезным спондилитом (ТС), а 33(10,7%) больные с поражением позвоночника не туберкулёзного характера, которую проведено хирургическая лечения. 201 больным проведено современное хирургическое лечение с использованием нанотехнологий, из них 180 (89,5%) с туберкулёзным спондилитом. Возраст больных варьировал от 19 до 81 лет, средний возраст составила 43,9 года, преимущественно в 57,6% больных были в возрасте 19-49 лет. У большинства больных ТС локализация поражения отмечена на одном уровне позвоночного столба – 219(79,3%), а у 56 (19,2%) больных локализация поражения затрагивало 2 уровня, а у 1 (0,4%) – локализация ТС отмечена на трех уровнях позвоночного столба. Частое локализации туберкулёзного поражения позвоночника это поясничный отдел – у 161 (58,3%), в грудном отделе – у 48 (17,4%) случаев. Редкое поражение наблюдается - у 3 (1,1%) случаев в крестцовом отделе. Всем больным проведено клинико-лабораторное исследования (общий анализ крови и мочи, биохимическое исследование и коагулограмма крови), ЭКГ, ФВД, УЗИ внутренних органов (печени, почек, поджелудочной железы, органов малого таза, забрюшинного пространства, грудной клетки), лучевая диагностика (рентгенография, МРТ, МСКТ) пораженного отдела позвоночника и органов грудной клетки. До и в послеоперационном периоде назначены противотуберкулёзные препараты по стандарту, общей укрепляющие и патогенетические препараты.

Результаты. Применение титанового сетчатого имплантата – Piramesh при туберкулёзных поражениях позвоночника для переднего спондилодеза проявила свою положительные итоги. Титановые блок-решетки («мешки») служат для замещения тела позвонка. Имплантат жесткий, стабильный и устойчивый. Размеры которую мы принимали пирамеша: 90x10 мм, 90x14мм, 90x16мм, 90x18мм, 90x20мм. С целью восстановления опороспособности позвоночного столба проведено радикально-восстановительные операции с применением титанового сетчатого имплантата при туберкулёзе поясничном отделе позвоночника – у 109 (60,6%), грудном отделе – у 36 (20,0%), пояснично-крестцовом отделе – 26 (14,4%), а редкое в шейногрудном – у 3 (1,7%) и шейном отделе – у 6 (3,3%) случаев. Продолжительность операции значительно сокращался и составляло в 1,5-2 часа. Кровопотеря во время операции значительно уменьшалась и составляла в среднем 300,0 мл. Кифотические деформации выравнивался до 30%, неврологический статус больных резко улучшался за счёт декомпрессии спинного мозга, корешков и прочного спондилодеза. Больные после операции 27-30 день активизировались, с помощью костылей и ортопедического жесткого корсета. Реабилитационный период значительно сокращался.

Выводы. Применение титанового сетчатого цилиндра образного кейджа открыл дополнительное потенциал при хирургическом лечении туберкулёза позвоночника: возможность применения аутокости в виде крошек полученной из зоны оперированного сегмента, стойкий-крепкий спондилодез, а применение оссеин-гидроксиапатитного соединения+бициллин-5 стимулирует регенерации кости и обеспечивает профилактического или лечебного антибактериального свойства в зоне поражения.

Хакимова Ю., 2-босқич

КАРИЕС КАСАЛЛИГИНИНГ КЕЛИБ ЧИҚИШИДА МИКРООРГАНИЗМЛАРНИНГ ЎРНИ

Илмий раҳбар: т.ф.н., доц. Мансурова М.Х.

Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти. Ўзбекистон
Микробиология ва фтизиатрия кафедраси

Одам оғиз бўшлиғи хилма-хил микроорганизмлар учун қулай экологик система. Кўпгина шартли-патоген микроорганизмларни кариес патогенезида, оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватлари касалликларида аҳамияти катта.

Мақсад. Кариесни келиб чиқишида микроорганизмларнинг ролини ўрганиш.

Материал ва услублар. Бухоро шаҳридаги 1-сон умумтаълим мактабининг 1”А” ва 2”А” синф уқувчиларни стоматолог ҳаким билан биргаликда оғиз бўшлиғини текшириб шулардан, болаларда кариес энди ривожланаётган ва чуқур кариеси борларни ажратиб олиб, 2 гуруҳга бўлди.

Тиш қатлами юза кариесидан ва чуқур кариесдан текшириш материаллари олиб ундаги микроорганизмлар турини ўргандик. Айниқса, бизларни кариес-“миллионлар касаллиги”да топиладиган микроорганизмлар қизиқтирар эди. Олинган материалларимиздан қуйидаги усулларда текшириш ўтказдик:

Суртма препарат тайёрлаб Грамм усулида бўяб микроскопда кўрдик.

Ҳаракатчан микроорганизмларни аниқлаш учун “эзилган” томчи препарати тайёрлаб кўрдик.

Озиқ муҳитларга экиб (тухум тузли агарга, озиқли агар, қандли бульонга) культурал ва биохимиявий хусусиятлари ўрганилди.

Натижалар. Кариесда ривожланадиган патологик жараёнда тиш қаттиқ тўқималарнинг деминерализацияси, юмшаши ва бўшлиқ ҳосил бўлишида стрептококкларнинг аҳамияти катта. Кариес бўшлиғидан олинган материалдан суртма препарат тайёрлаб кўрилганда *грамм мусбат стрептококклар* кўп миқдорда кўринади: *Str.mutans, Str.sanguis* шунингдек лактобактериялар. Тиш кариес энди бошланган 14 та бемордаги суртмаларда кокклар, сут ачитқи бактериялари, спирохеталар, ачитқи замбуруғлари кўп кўринса, кариес анча ривожланган 15 та бемордаги суртмалар текширилганда чиритувчи бактериялар протей ва клостридиялар кўп топилди. Протейларни ҳаракатчанлиги, конденсацион идишга суюқликка экиб қўйганда ўрмалаб ўсишига кўра,

кlostридияларни Китта-Тароцци муҳитига экиб идентификацияладик. Кариесни олдини олиш учун оғиз бўшлиғида кариесни чақирувчи микроорганизмлар сонини камайтиришга қаратилган бўлиши мумкин. Тиш қатламлари механик тозалаш мақсадга мувофиқ эмас, чунки тозаланган сиртга дарҳол янги бактериал хужайралар кўпайиб кетади. Бактериоцид ва бактериостатик препаратлар қўллаш самаралироқ. 0,2% хлоргексидин тиш қатламидаги *Str.mutans* ни 80-85% сўлакдаги 55% га камайтиради. Парадонтит касалиги ташхис қўйилган 2 та бемордан йиринг олиб текширганимда спирохеталар кўп аниқланди. Фембериялари ёрдамида *Bact. Gingivalis* ни вирулентлиги ошади.

Хулоса. 1) Оғиз бўшлиғи шартли-патоген микрофлораси кўпгина тиш касалликларини хусусан кариеснинг ривожланишида катта аҳамиятга эга.

2) Оғиз бўшлиғи касалликларини олдини олишда оғиз бўшлиғи гигиенаси катта роль ўйнайди.

3) Оғиз бўшлиғи микрофлорасини камайтириш учун 32-Norma, Blend-a-Med, Colgate, Аквареш тиш пасталаридан фойдаланинг.

4-СЕКЦИЯ. МЕДИЦИНСКАЯ ГЕНЕТИКА И ЭКОЛОГИЯ

Григорьева К.Н., 1-курс

РОЛЬ МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Научный руководитель: к.б.н. Осинкина Т.В.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская Федерация
Кафедра биологии

Наследственные заболевания вызывают множество споров и вопросов, но на них может дать частичный ответ медико-генетическое консультирование (МГК). Сегодня медицине известно около пяти тысяч наследственных заболеваний, которые являются не излечимыми, но некоторые из них поддаются коррекции (например, галактоземия, фенилкетонурия и другие).

Первый кабинет медико-генетического консультирования был открыт в 1941г. в США (Мичиганский университет). В России кабинеты МГК появились в 1967г. в Москве и Санкт-Петербурге, а уже с 1973 г. они набирают свою популярность и в других городах нашей страны.

Основными задачами медико-генетического консультирования являются: консультирование семей с наследственной и врожденной патологией, объяснение пациенту и его семье о риске рождения больного ребенка, предупреждение родственных браков, выявление носителя аномального гена, дородовая диагностика. Консультирование начинается с составления генеалогической карты. Исследование включает два этапа: сбор сведений о семье и их наследственных заболеваниях, а второй этап – анализ родословной с установлением характера наследования признака. Далее врач-генетик прогнозирует и устанавливает степень риска рождения ребенка с наследственным заболеванием. Степень риска выражается в процентах. Считается, что 0-10% - низкая степень риска, 11-20% - средняя степень, более 21% - высокая степень (деторождение в данной семье не рекомендовано) [2,3].

Для установления диагноза врачом-генетиком проводятся дополнительные исследования: биохимические (изучение характера биохимических реакций и обмена веществ в организме для установления присутствия аномального гена) и цитогенетические (микроскопическое исследование структуры и количества хромосом). Биохимический метод позволяет выявить такие заболевания как: сахарный диабет, фенилкетонурию, галактоземию и другие.



Рис.1. Методы изучения генетики человека

Перед врачами нередко встает вопрос о дородовой диагностики плода, который направлен на установление генетических заболеваний.

Одним из таких методов является амниоцентез – исследование околоплодной жидкости. На 16-й недели беременности берется проба амниотической жидкости около 15-20 мл, далее клетки центрифугируют и выращивают на питательной среде. После этого проводится микроскопическое исследование хромосом. Если обнаружены серьезные нарушения рекомендуется прерывание беременности [1]. Также используется кордоцентез – исследование крови из пуповины плода и хориоцентез – биопсия ворсинок хориона. Все эти методы позволяют провести дородовую диагностику плода.

Учитывая важное значение медико-генетического консультирования в современной жизни, представилось актуальным проанализировать осведомленность студентов по вопросу значимости медико-генетической консультации в современном мире.

Методы исследования: анкетирование, статистический анализ с использованием программы MS Excel.

Результаты. Нам стало интересно, как студенты 1 курса относятся к медико-генетическому консультированию. Были собраны статистические данные, позволившие сделать вывод, что студенты хорошо проинформированы в вопросах генетических заболеваний и считают, что необходимо развивать это направление генетики. Из опрошенных 93% смогли правильно расшифровать аббревиатуры МГК и назвать цели,

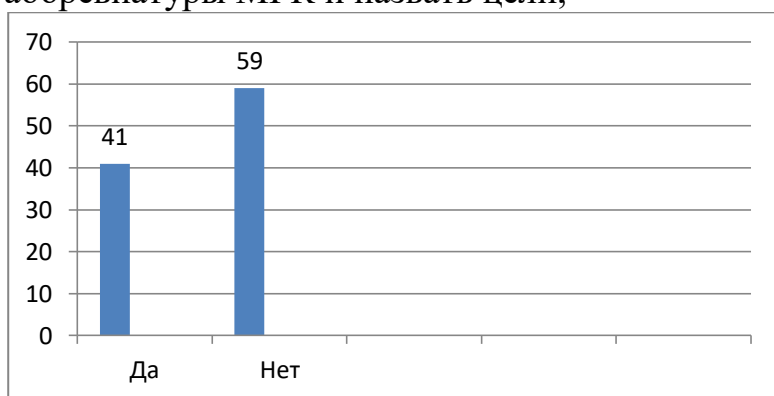


Рис. 2. Обращались ли Вы или Ваши родственники в МГК за консультацией?

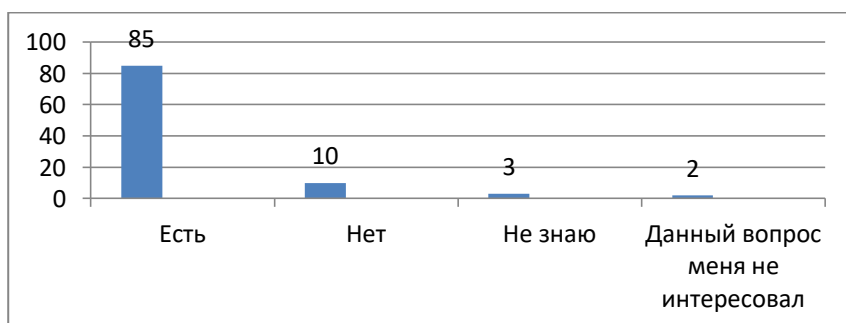


Рис. 3. Есть ли в нашем городе МГК?

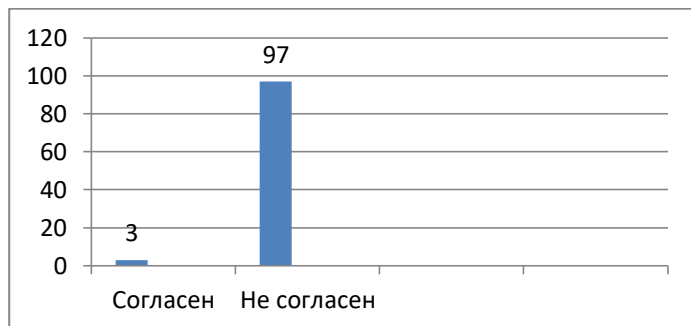


Рис. 4. Согласны ли Вы с фразой: «Нет необходимости посещать МГК, так как наследственную патологию вылечить нельзя»

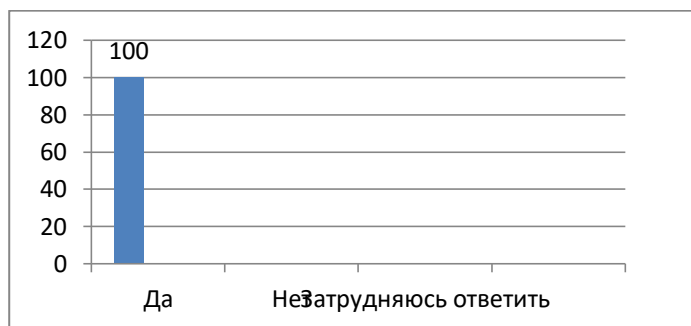


Рис. 5. Известно ли Вам о возможности дородовой диагностики наследственного заболевания в семье?

98% опрошенных утверждают, что роль врача-генетика – основополагающая, так как именно он рассчитывает генетический риск рождения ребёнка с наследственной патологией и его нельзя заменить любым другим специалистом с медицинским образованием. Следует отметить, что все опрошенные знают о возможности дородовой диагностики наследственного заболевания и 85% из них осведомлены о существовании медико-генетической службы в городе.

Выводы. Подводя итог, следует отметить, что важнейшей задачей медико-генетического консультирования является ранняя диагностика и профилактика наследственных заболеваний. На данный момент это очень актуально, так как огромное влияние на здоровье человека оказывают антропогенные факторы и факторы наследственной природы. В результате исследования показано, что студенты младших курсов медицинского вуза заинтересованы вопросами диагностики и профилактики наследственной патологии.

Григорьева К.Н., 1-курс

**МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАЛИЗАЦИИ ЭНДОКРИННОЙ
ФУНКЦИИ СЕМЕННИКОВ МЕЛКИХ МЛЕКОПИТАЮЩИХ,
НАСЕЛЯЮЩИХ ЭКОСИСТЕМЫ г.ОРЕНБУРГА**

Научные руководители: к.б.н., асс. Рыскулов М.Ф.; д.б.н., проф., заслуженный
работник высшей школы РФ Шевлюк Н.Н.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская
Федерация
Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

Существенная роль в поддержании эндокринной функции семенников принадлежит гормонпродуцирующим структурам – интерстициальным эндокриноцитам (клеткам Лейдига). В них образуется главный мужской половой гормон (андроген) – тестостерон, играющий важную роль в производстве сперматозоидов.

Хотя различными сторонами структурно-функциональной характеристики клеток Лейдига посвящена обширная литература, следует признать, что до сих пор дискуссионными и противоречивыми являются сведения, касающиеся адаптивных и реактивных изменений клеток Лейдига в условиях воздействия на организм различных экстремальных факторов урбанизированной среды.

Цель. Изучить морфофункциональные особенности эндокринных структур семенников мелких млекопитающих, обитающих в условиях крупного города (на примере г. Оренбурга).

Материалы и методы. Объектом исследования служили семенники самцов различных отрядов класса млекопитающих – домовый мыши *Mus musculus* Linnaeus, 1758 (60), малой лесной мыши *Apodemus uralensis* Pallas, 1811 (58), полевой мыши *Apodemus agrarius* Pallas, 1771 (57), обыкновенной полевки *Microtus arvalis* Pallas, 1778 (51), степной пеструшки *Lagurus lagurus* Pallas, 1773 (32), обыкновенной бурозубки *Sorex araneus* Linnaeus, 1758 (40). Отлов животных производился на 7 биотопах г. Оренбурга, различающихся по степени антропогенной нагрузки: частный жилой сектор, дачные массивы, хлебоприемное предприятие, полосы отчуждения железных дорог, лесополосы, парки и скверы. Контролем служили семенники животных тех же видов, отловленных в экологически благополучных регионах степной зоны Южного Урала.

При проведении исследования соблюдались принципы биоэтики действующего законодательства РФ. Для светооптических исследований материал фиксировали в 12% водном растворе нейтрального формалина. Парафиновые срезы толщиной 5-7 мкм окрашивали гематоксилином Майера и эозином, перйодатом калия и реактивом Шиффа по Мак Манусу. На гистологических препаратах проводили подсчет интерстициальных эндокриноцитов на условной единице площади (на площади квадрата со стороной 35 мкм). Морфометрические критерии, характеризующие функциональную активность интерстициальных эндокриноцитов, включают определение их количества, размеры клеток и размеры ядра. Измеряли линейные и объемные показатели ядер интерстициальных эндокриноцитов. В зависимости от формы клеток и их ядер объемы клеток Лейдига вычисляли по формуле эллипса или шара. На той же условной единице площади срезов подсчитывали количество клеток Лейдига, проявляющих морфологические эквиваленты высокой функциональной активности (функционально высоко

активными считали эндокриноциты средних и крупных размеров с развитой цитоплазмой, имеющие светлые крупные ядра с выраженным эухроматином в ядре). Морфометрию интерстициального компартмента семенников осуществляли с применением стандартных окулярных сеток Г.Г. Автандилова и С.Б. Стефанова, а также окулярного винтового микрометра МОВ-1-15×У 4,2. Полученные цифровые данные обрабатывали на компьютере с использованием программы Statistica 6.0 ("StatSoft, Inc."), с использованием критериев оценки достоверности результатов по Стьюденту, с учетом вариабельности первичных измеряемых объектов и индивидуальной изменчивости.

Результаты. Анализ гистологических препаратов показал, что при воздействии на организм исследуемых групп животных комплекса дестабилизирующих факторов урбанизированной среды происходит изменение структурно-функциональных параметров семенников. В семенниках изученных видов животных выявлено наличие выраженных закономерно проявляющихся неспецифических деструктивных процессов, затрагивающих сперматогенный эпителий и клеточные элементы интерстиция органа, что свидетельствует о нарушении репродуктивных возможностей половозрелых особей мелких млекопитающих, обитающих в городских территориях.

Так, в интерстициальной ткани исследованных животных из урбоценозов отмечено изменение численности и доли функционально активных клеток Лейдига в сопоставлении с данными клетками мелких млекопитающих экологически благополучных регионов. Максимальная численность данных клеток регистрировалась в апреле-июне. Изменение количества клеток Лейдига может быть сопряжено либо с гибелью данных клеток, либо с потерей ими функциональной активности и переходом в фазу покоя.

Помимо этого обнаружено усиление гетероморфности их популяции с увеличением доли отростчатых и веретеновидных клеток, которым присущи уменьшенные в объеме цитоплазма и ядро. Анализ размеров клеток Лейдига и их ядер указывает на то, что, очевидно, в условиях неблагоприятного влияния урбанизации в гонадах мелких млекопитающих происходит гибель интерстициальных эндокриноцитов крупных размеров, а клетки со средними размерами цитоплазмы и ядер (на их долю приходится 90%), видимо, более устойчивы к действию повреждающих факторов.

Подобные преобразования, с одной стороны, являются следствием напряженного (на грани истощения) функционирования мужских гонад в исследованных антропогенно измененных ландшафтах, с другой стороны, свидетельствуют о значительной устойчивости эндокринных структур семенников к действию негативных факторов среды обитания.

Необходимо подчеркнуть, что наибольшая степень деструкции клеток Лейдига наблюдалась у животных из популяций, населяющих парки и скверы. Менее существенные различия в сравнении с животными природных экосистем наблюдались в микроструктуре гонад мелких млекопитающих, отловленных в лесополосах, на окраине города, дачных участках и в частном жилом секторе.

Изменения со стороны интерстициальных эндокриноцитов были разнонаправленными у разных видов. У одних исследованных животных (домовой мыши, малой лесной мыши) морфофункциональные характеристики клеток Лейдига практически не отличались от животных, обитающих на фоновых территориях, у других данные показатели были снижены по сравнению с контролем. Это указывает на высокие адаптивные возможности эндокринных структур семенников этих видов.

Выводы. Выявленные нами данные о влиянии комплекса неблагоприятных факторов городской среды на клетки Лейдига подтверждают концептуальное представление о том, что интерстициальные эндокриноциты более устойчивы к воздействию различных техногенных факторов по сравнению со сперматогенным эпителием.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что в условиях влияния дестабилизирующих факторов урбанизированной среды на организм наблюдается снижение функциональной активности эндокринных структур семенников ряда мелких млекопитающих, что может приводить к подавлению репродуктивной стратегии этих животных.

Михайлова Н.К., 2-курс, Кольчугина Г.Ф., 3-курс

ГЕНОТОКСИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕКИ УРАЛ В РАЙОНЕ г.НОВОТРОИЦК ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

Научный руководитель: д.б.н., проф. Соловых Г.Н.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская
Федерация
Кафедра биологии

При характеристике генотоксической ситуации в определенном экотопе полная картина может быть получена при изучении мутагенного и митотоксического действия фактора, на основании чего определяются причины нарушения митотического цикла. Совместное использование данных показателей поможет наиболее полно охарактеризовать количество и спектр разных генотоксикантов, способных не только приводить к патологиям в различных генетических процессах, но и нарушать целостность наследственного аппарата.

Изучение генотоксической активности водной среды проводилась в районе влияния промышленного центра Оренбургской области –г.Новотроицка. Точки отбора проб находились на 6 км ниже города, вблизи с. Хабарное и на 3 км выше города в селе Ущелье. Причинами загрязнения поверхностных вод реки Урал, а, следовательно, донных отложений могут быть сточные воды населенных пунктов, загрязнения поверхностного стока с водосборной территории, изменений условий формирования стока в результате образования на водосборе техногенно-нарушенных территорий [1]. Основными загрязнителями реки Урал в районе г. Новотроицк являются ООО «Управление коммунального хозяйства» Новотроицка [2], АО «Новотроицкий завод

хромовых соединений», деятельность которого связана с изготовлением и выпуском продукции, приводящим к образованию и накоплению высокотоксичных отходов. Эти отходы хранятся в шламохранилище неподалёку от завода, которое представляет собой «мёртвое озеро». По сообщению министерства природных ресурсов и экологии РФ в шламонакопителе без соответствующих разрешений вместе с отходами производства основного продукта - монокромата натрия (II класс опасности) складировались все твердые производственные отходы предприятия. Через подземные воды вредные вещества поступают в реку Урал.

Оценка митотоксической активности донных отложений р.Урал проводилась с помощью анализа митотических [3] и фазных индексов [4] в меристематической ткани проростков корешков Al. сера. Мутагенная активность анализировалась по частоте хромосомных aberrаций, увеличение которой характеризовало присутствие в донных отложениях промутагенов, приобретающих МА в процессе метаболизма в организме [5].

Генотоксическая ситуация в исследованных экотопах, относительно близко расположенных, но подвергающихся разному антропогенному влиянию, существенно различается. Прямо противоположный митотоксический эффект, вызванный водной вытяжкой донных отложений при воздействии на корешки Al. сера, свидетельствовал о присутствии поллютантов разного механизма и направления действия. Так, в районе ниже г. Новотроицк был зарегистрирован сильный митозугнетающий эффект (14,67 баллов), т.к. величина митотического индекса при делении клеток меристематической ткани лука составила $14,98 \pm 0,59\%*$ ($p \leq 0,05$) (при контроле $19,40 \pm 0,22\%$). Анализ фазных индексов показал бифазную задержку митоза (на стадии метафазы и анафазы) при одновременном ускорении профазы (табл.1). Это свидетельствует о присутствии в донных отложениях веществ, повреждающих митотический аппарат или кинетохор, что приводит к изменению подвижности хромосом и задержке цитокинеза [6]. В квартале Ущелье (выше г. Новотроицк) был зафиксирован средний митозстимулирующий эффект (5,33 балла). Значение митотического индекса по сравнению с контролем увеличилось и составило $21,03 \pm 0,58\%*$ (при $p \leq 0,05$). При действии водной вытяжки на корешки Al. сера наблюдалось достоверное замедление профазы и ускорение ана-телофазы. Вероятно, в грунтах аккумулировались митотоксиканты, вызывающие повреждение хромосом или нарушение процесса репликации ДНК. При этом количество клеток, вступающих в последующие фазы митоза, уменьшилось, что привело к снижению ана-телофазного индексов (табл. 1).

Таблица 1

Значения митотических и фазных индексов в меристеме Al. сера при воздействии проб водной вытяжки донных отложений реки Урал, отобранных в районе ниже г. Новотроицк и в с.Ущелье (выше города)

Название станции	МИ, % митотически	ПИ, % профазный	МИ,% метафазный	А-ТИ, % ана-телофазный
------------------	-------------------	-----------------	-----------------	------------------------

	й индекс	индекс	индекс	индекс
Контроль	19,40±0,22	55,05±1,34	19,49±0,48	25,46±1,43
Точка отбора ДО ниже г.Новотроицка	14,98±0,59*	46,56±1,16* *	23,36±0,95* *	30,08±1,69*
С. Ущелье, выше г.Новотроицка	21,03±0,58*	59,33±1,27*	19,27±0,55	21,39±1,38*

Примечание: * - различие между контролем и опытом достоверно при $p < 0,05$
 ** - различие между контролем и опытом достоверно при $p < 0,01$

При исследовании генотоксического потенциала донных отложений р. Урал с помощью ана-телофазного метода была подсчитана доля мутаций определенного типа (фрагменты, мосты и отставания) от общего числа всех мутаций, регистрируемых в ана-телофазе. Проводилось сравнение спектра спонтанных мутаций (контрольный вариант, дистиллированная вода) и спектра мутаций, индуцированных водной вытяжкой донных отложений [7]. Анализ типов мутаций позволяет делать заключение о характере действия фактора. Так, появление фрагментов и мостов свидетельствует о том, что фактор способен вызывать разрывы в ДНК, приводящие к нерасцепленным транслокациям и делециям. Отставание хромосом в метакинезе и при расхождении к полюсам возникает при повреждении хромосомы в области кинетохора [8]. Водная вытяжка донных отложений, отобранных ниже г.Новотроицк вызвала преимущественно мутации типа «отставания», что свидетельствует об аккумуляции в грунтах веществ, повреждающих кинетохор и митотический аппарат. Данный факт подтверждает результаты, описанные выше относительно увеличения метафазного и ана-телофазного индекса по сравнению с контролем (см. выше).

Водная вытяжка донных отложений, отобранных выше г. Новотроицк, вызвала увеличение частоты мутаций типа «фрагмент». Вероятно вещества, индуцирующие разрывы хромосом и замедление митоза на стадии профазы (см. выше: достоверное увеличение профазного индекса относительно контроля) действительно аккумулярованы в грунтах р. Урал в данном экотопе.

Список литературы

1. Куксанов, В.Ф. К вопросу Российско-Казахстанского сотрудничества по бассейну реки Урал / В.Ф. Куксанов, Е.В. Куксанова, О.С. Ишанова // Вестник Оренбургского государственного университета. – 2015. - №6 (181). – С. 99-105
2. Проблема очистки сточных вод системы ЖКХ в Оренбургском регионе / Ермохин А.Ф., Шабанова С.В., Куксанов В.Ф., Василевская С.П., Сагитов Р.Ф. // Известия оренбургского государственного аграрного университета. – 2016. – №4(60). – С. 201 – 203
3. Ковалева, М.И. Пространственная и временная динамика генотоксической активности воды и донных отложений Верхней Волги на территории

- Ярославской области: автореф. дис. ...канд. биол. наук / М.И. Ковалева. – Ярославль, 2002. – 24с
4. Фомичева, А.Н. Пространственно-временная динамика генотоксической активности воды малой реки в условиях многофакторной антропогенной нагрузки: на примере р. Которосль: автореф. дис. ... канд. биол. наук / А.Н. Фомичева. – Астрахань, 2004. – 166с.
5. Пространственная и временная динамика мутагенной активности воды оз. Неро / И.М. Прохорова [и др.] // Биология внутренних вод, приложение. – 2008. - № 2. – С. 17-23
6. Алов, И.А. Цитофизиология и патология митоза / И.А. Алов. – М.: Медицина. – 1972. – 264с.
7. Кольчугина, Г.Ф. Пространственная и временная динамика генотоксической активности воды и донных отложений малых рек Блява и Кураганка Оренбургской области: дис. ... канд. биол. наук / Г.Ф. Кольчугина. – Оренбург, 2013. – 237 с.
8. Алов; Сень, Л.А. Влияние некоторых химических мутагенов на частоту хромосомных и генных мутаций: автореф. дис. ... канд. биол. наук. - Минск, 1974. - 23с

Подкопаев Д.А., 3-курс

СИНДРОМ КОРНЕЛИИ ДЕ ЛАНГЕ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Научный руководитель: к.м.н., доц. Савельева Е.В.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская Федерация

Кафедра факультетской педиатрии, эндокринологии

Клиническое наблюдение. Пациент С., 3 года. Синдром Корнелии де Ланге является редко встречающимся генетическим заболеванием (синонимы: амстердамская карликовость, синдром Брахманна-де Ланге, *typus degenerativus amstelodame*, нанизм Амстердама, *status degenerativus Amstelodamensis*; дегенеративный нанизм типа «Амстердам»). Популяционная частота синдрома – 1:10000–1:30000 рождений с одинаковой частотой у мальчиков и девочек (1:1). Актуальность работы обусловлена тем, что данное заболевание относится к орфанным, которые являются мультидисциплинарной проблемой, так как в патологический процесс вовлечены несколько органов и систем.

Цель. Прослеживание динамики течения заболевания у пациента.

Материалы и методы. В ГБУЗ ОДКБ была проанализирована форма 112/у пациента. Пациент С, 3 лет, из анамнеза жизни и заболевания: ребенок от 4 беременности, вторые роды, протекавшей на фоне ОАА, токсикоза, хронической внутриутробной гипоксии плода, угрозы прерывания на сроке 14 недель, диф.токсического зоба, варикоза нижних конечностей, по данным УЗИ на 21 неделе выявлена 2-х сторонняя брахиомезофалангия. Роды срочные путем кесарева сечение. Генеалогический анамнез не отягощен.

Проведено обследование: общий анализ крови: Hb-112 г/л, эр.-4,38 м/л, гематокрит - 34,35%, Z - 11,7 г/л, цв. показатель -0,81, л-64%, м-4%, э-0, п.н.-1%, с.н. -31%; острофазовые реакции: С-реактивный белок - отр., РФ - отр., АСЛ-О - отр.; ВЭБ - VCA, JgG - 478 (++)); общий белок - 78,8 г/л; мочевины - 4,2 ммоль/л; билирубин общий-10,0, тимоловая проба-1,6, АЛТ-0,59; L-амилаза - 12,6 е/л, (норма 15-100 е/л); щелочная фосфатаза - 2075 е/л (норма 684 е/л); ионограмма: К-3,6 ммоль/л, Na-134 ммоль/л, Cl-95 ммоль/л, Ca-2,46 ммоль/л. В общем анализе мочи при поступлении отмечалась лейкоцитурия лёгкой степени (лейкоциты-7-9), повышение удельного веса мочи – 1025, при сохранённых в пределах нормы остальных параметрах: цвет – желтый, реакция – кислая, белок и сахар – отрицательные, плоский эпителий – 2-4 в поле зрения. К выписке произошла нормализация показателей общего анализа мочи; анализ мочи по Нечипоренко был также без отклонений. Анализ кала на патогенную кишечную флору – отрицательный. При ультразвуковом исследовании селезенки обнаружена добавочная доля. Проведена консультация невролога с последующим направлением к генетику. Генетиком выставлен диагноз: синдром де Ланге. Объективно: мальчик низкого роста, пониженного питания, с маленькими верхними и нижними конечностями, бледностью кожных покровов, периорбитальным цианозом, множественными стигмами дизэмбриогенеза: атипичное расположение глаз с опущением и вертикальной складкой наружных углов, длинными ресницами, широкая переносица, деформация ушных раковин, высокое небо, деформация зубов, уменьшенная нижняя челюсть и нижняя часть лица. Череп микробрахицефалической формы. Кожные покровы «мраморной» окраски, выражена венозная сеть на передней брюшной стенке. Отмечается чрезмерное оволосение всего тела, брови густые, густой волосяной покров головы Деформация ушей и маленький носик, большой носогубный фильтр, относительно тонкая красная кайма верхней губы, уголки губ опущены. Язык влажный, обложен белым налетом. Дистрофия мышц с выраженным гипертонусом в верхних и нижних конечностях, деформация грудной клетки, кисти непропорционально большие. Щитовидная железа не увеличена, мягкоэластической консистенции, безболезненная при пальпации. Дыхание ритмичное, везикулярное. Частота дыханий - 18 в минуту. Тоны сердца - ритмичные, ясные. АД - 90/60 мм. рт.ст. Живот увеличен в объеме, вздут, перистальтика усилена. Печень выступает на 3,0 см из-под реберной дуги. Стул кашицеобразный, обильный, зловонный, до 3-4 раз в сут ки. Диурез не нарушен. Половое развитие соответствует I стадии по Таннеру.

Пациент находился на плановой госпитализации в отделении раннего возраста где получал антибактериальные препараты и физиотерапевтическое лечение. Состояние при выписке удовлетворительное.

Выводы. Специфического лечения не существует, используется только симптоматическое. Прогноз для жизни неблагоприятный. Профилактика заключается в медико-генетическом консультировании семей, в которых имеются больные с генетической патологией или многочисленными стигмами дисэмбриогенеза.

5-СЕКЦИЯ. ХИРУРГИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ И ГРУДНОЙ ПОЛОСТЕЙ, КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ И ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА. НЕОТЛОЖНАЯ ХИРУРГИЯ

Абхишек Шарма, 5-курс

ВЫБОР ДОСТУПА ДЛЯ ЧРЕСКОЖНЫХ ТРАНСПЕЧЕНОЧНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Научный руководитель: к.м.н., доц. Ермаков Т.А.

Международная высшая школа медицины. Кыргызстан

Кафедра хирургических болезней

Несмотря на значительные успехи современной хирургии, лечение больных с механической желтухой продолжает оставаться одной из актуальных проблем хирургической гепатологии [1]. Использование миниинвазивных транспеченочных эндобилиарных вмешательств является одним из направлений в решении этой проблемы. Чрескожные эндобилиарные вмешательства позволяют визуально определить уровень блока и произвести дренирование желчных протоков. Показаниями к проведению являются:

1) механическая желтуха с холемической интоксикацией в качестве предоперационной подготовки, 2) паллиативное вмешательство при невозможности осуществления радикальных оперативных вмешательств у больных [2,3]. Существуют 2 основных вида доступов при выполнении чрескожных транспеченочных вмешательств: правосторонний и передний. Выбор оптимального доступа позволяет уменьшить наиболее грозные осложнения, такие как кровотечение и желчеистечение в брюшную полость [4,5].

Цель. Оптимизация выбора доступа для чрескожных транспеченочных вмешательств у больных с механической желтухой путем сочетанного применения ультразвуковой томографии и рентгентелевизионного контроля.

Материал и методы. В нашей работе, 95 больным с механической желтухой различной этиологии, для выбора точки пункции печени мы производили ультразвуковую томографию с одновременным контролем под рентгеноскопической телевизионной установкой.

Ультразвуковая томография выполнялась в режимах «серой шкалы», импульсно волнового доплера по программе цветного доплеровского картирования и «энергетического доплера» (ЭД). Сначала определялось наличие расширенных внутри-и внепеченочных желчных протоков. При отсутствии расширения гепатикохоледоха и расширении только внутripеченочных желчных протоков ставился вопрос о раздельном дренировании правой и левой доли печени.

Передний доступ. При выборе точки пункции передним доступом ультразвуковой датчик устанавливался в эпигастральную область. Производилась ультразвуковая томография в различных режимах с одновременным рентгетелевизионным контролем под ангиографической

установкой. При этом важна оценка подвижности левой доли печени при глубоких дыхательных экскурсиях, наличие рядом петель кишечника, желудка и других органов. На обычном выдохе больного просят задержать дыхание, и выбирается проток-мишень на расстоянии 4-5см от поверхности кожи, имеющий достаточную длину до ворот печени для установки катетера, диаметром не менее 4-5мм. Определяются близлежащие сосуды и рассчитывается траектория и угол для безопасной пункции желчного протока. После чего выбранная точка фиксируется специальным маркером.

Правосторонний (боковой) доступ использовался нами при невозможности переднего доступа при дистальном блоке или при отдельном дренировании левой и правой доли печени. При выборе точки пункции боковым доступом ультразвуковой датчик устанавливался в 9-11 межреберье по аксиллярным линиям справа. Производилась ультразвуковая томография в различных режимах с одновременным рентгентелевизионным контролем под ангиографической установкой. При этом важна оценка подвижности правой доли печени при глубоких дыхательных экскурсиях, проекция реберно-диафрагмального синуса. На обычном выдохе больного просят задержать дыхание, и выбирается проток-мишень на расстоянии не менее 5-7см от поверхности кожи, имеющий достаточную длину до ворот печени для установки катетера, диаметром не менее 4-5мм. Определяются близлежащие сосуды, и рассчитывается траектория и угол для безопасной пункции желчного протока сразу ниже синуса. После чего выбранная точка фиксируется специальным маркером. Далее больному производилась пункция выбранного желчного протока под ультразвуковым контролем, с введением металлического проводника в желчные протоки. После чего под рентгентелевизионным контролем по проводнику вводился буж диаметром 5-6 Fr и выполнялась контрастная холангиография с дальнейшим дренированием билиарной системы. Для ультразвуковой томографии нами использовались переносные УЗИ аппараты SonoSite Titan и SonoScape S8. Оптимально применять линейные и конвексные электронные датчики 3,5 и 5,0 МГц, пункционный датчик 3,5 МГц.

Результаты и их обсуждение. У всех 95 больных проведенные эндобилиарные вмешательства под сочетанным контролем ультразвуковой томографии и рентгентелевидения были успешными, что подтверждает эффективность данного метода выбора точки доступа при выполнении чрескожных транспеченочных вмешательств. При этом передний доступ был применен у 45 больных, боковой доступ у 35 больных, у 15 больных был применен сочетанный доступ. При дальнейшем наблюдении дислокация катетера с желчеистечением отмечалась у 2х больных с правосторонним доступом, которая была своевременно устранена редренированием и консервативными мерами.

Выводы. Таким образом, применение ультразвуковой томографии в сочетании с прямым рентген телевизионным контролем позволяет определить

наиболее оптимальную точку пункции желчного протока-мишени, уменьшив количество возможных осложнений.

Список литературы

1. Кирилук А.А. Опыт лечения ятрогенных повреждений желчных путей и их последствий. // Материалы международного конгресса по гепатопанкреато-билиарной хирургии. 19-21 сент., 2012. Иркутск, С. 231
2. О.И. Охотников, С.Н. Григорьев, М.В. Яковлева. Чрескожная чреспеченочная холангиостомия и литотрипсия в лечении больных холедохолитиазом и механической желтухой. // Анналы Хирургической Гепатологии, 2008, том 13, №2, С.76-79.
3. В.З. Тотиков, Д.В. Тобоев, З.В. Тотиков и др. Опыт лечения больных с синдромом механической желтухи. // Вестник новых медицинских технологий, 2010, том 17, №4, С.57-58
4. Касаткин В.Ф., Кит О.И., Трифанов Д.С. Опыт чрескожных желчеотводящих вмешательств у пациентов с механической желтухой опухолевой этиологии // Сибирский онкологический журнал, 2008, № 4, С. 51-54
5. Tsuyoshi Hamada, Hideo Yasunaga, Yousuke Nakai et al. Severe Bleeding after Percutaneous Transhepatic Drainage of the Biliary System // Radiology, 2015, vol. 274, №2, P.606-613

Авраменко А.С., 4-курс

ПРИМЕНЕНИЕ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Научный руководитель: к.м.н., доц. Авченко М.Т.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская Федерация

Кафедра факультетской хирургии

Согласно данным современной мировой статистики известно, что в мире каждые 2 секунды происходит ишемический инсульт, и каждые 10 секунд такой инсульт заканчивается летальным исходом [1], а 7 из 10 пациентов, не получивших должной медицинской помощи при развитии у них данной патологии, становятся инвалидами [2]. Таким образом, ишемический инсульт является одной из основных причин инвалидизации и смертности населения во всем мире, это обуславливает активный поиск способов его эффективного лечения.

Цель исследования. Проанализировать результаты каротидной эндартерэктомии (КЭА) в остром периоде ишемического инсульта и определить её безопасность в интраоперационном и эффективность в раннем и позднем послеоперационном периодах.

Материалы и методы. В исследование включены 83 пациента, которым была проведена КЭА в остром периоде ишемического инсульта в период с 2015 по 2018 года на базе ГКБ им. Пирогова г.Оренбурга. Возраст больных

составлял от 31 года до 70 лет, в структуре заболеваемости преобладали мужчины (Рис. 1).

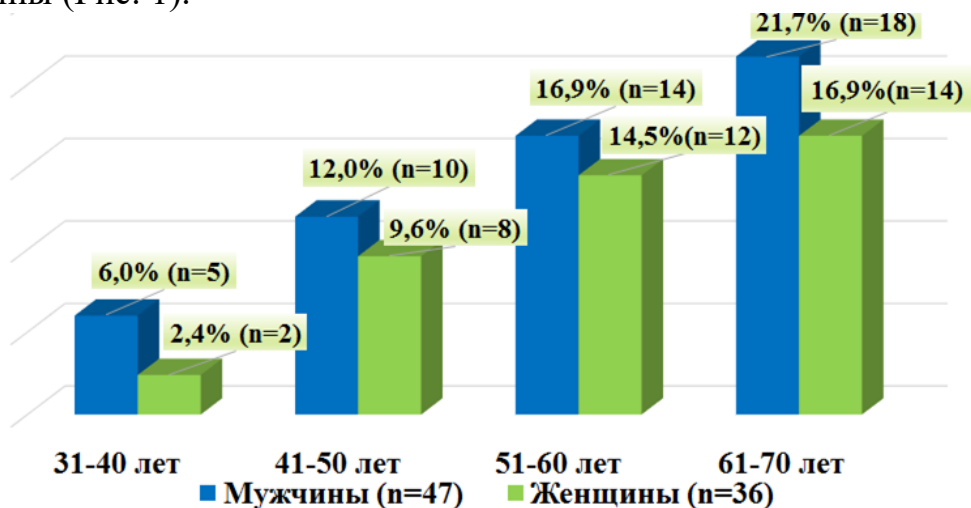


Рис. 1. Распределение больных по полу и возрасту

Время с момента заболевания до поступления в стационар составило от 1 до 7 суток. Всем пациентам с диагностической целью проводились КТ головного мозга, церебральная ангиография, ультразвуковое дуплексное ангиосканирование экстракраниальных артерий (УЗДАС), при котором выявлялись: поражение внутренней сонной артерии (ВСА) с одной стороны у 64 больных (77,1%), поражение бифуркации общей сонной артерии (ОСА) – у 12 (14,5%), и у 7 (8,4%) – билатеральное поражение ВСА, также с помощью УЗДАС определено, что у 9 (10,8%) пациентов атеросклеротическая бляшка была нестабильной.

Для оценки неврологического дефицита в предоперационном (Таблица 1) и раннем послеоперационном (через 7 дней) периодах использовалась модифицированная шкала Рэнкина.

Класс	Характеристика состояния	Пациентов
3	Средняя степень потери дееспособности; потребность в некоторой помощи, но ходит без посторонней помощи	61
4	Средне-тяжелая степень нарушения дееспособности; не способен ходить без посторонней помощи, не способен справляться со своими телесными (физическими) потребностями без посторонней помощи	22

Таблица 1. Характеристика неврологического статуса пациентов по шкале Рэнкина в предоперационном периоде.

Показанием к КЭА являлся острый период ишемического инсульта при наличии у пациентов окклюзии ВСА более 60% (учитывая наличие у 12 пациентов артеросклеротического поражения в зоне бифуркации ОСА) - у 74

(89%) пациентов или окклюзии ВСА более 50% с нестабильной атеросклеротической бляшкой – у 9 (11%).

Классическая КЭА с использованием синтетической заплаты выполнена 31 пациенту (37,3%), с использованием временного внутрисосудистого шунта – у 6 пациентов (7,2%), эверсионная КЭА выполнялась у всех пациентов в группе с поражением зоны бифуркации ОСА (14,5%) и у 34 пациентов в группе с односторонним поражением ВСА (41%).

Результаты исследования. У всех больных был успешно восстановлен кровоток по ВСА без интраоперационных осложнений.

В течении первой недели после операции в разной степени отмечен регресс неврологической симптоматики у всех пациентов (Таблица 2).

Класс	Характеристика состояния	Пациентов
0	Нет симптомов	3
1	Незначительное уменьшение дееспособности; пациент способен выполнять все обычные повседневные обязанности	19
2	Легкая потеря дееспособности; пациент не способен выполнять некоторые прежние обязанности, но справляется с собственными делами без посторонней помощи	45
3	Средняя степень потери дееспособности; Потребность в некоторой помощи, но ходит без посторонней помощи	16

Таблица 2. Характеристика неврологического статуса пациентов по шкале Ренкина в раннем послеоперационном периоде.

В раннем послеоперационном периоде у одного (1,2%) пациента выявлено осложнение в виде нелетального повторного острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), в позднем послеоперационном периоде летальное повторное ОНМК наступило у 2 (2,4%) пациентов. При этом данные пациенты относились к группе больных, у которых на диагностическом этапе выявлялось билатеральное атеросклеротическое поражение сонных артерий.

Выводы. КЭА в остром периоде ишемического инсульта имеет высокую эффективность и способствует быстрому регрессу неврологической симптоматики у пациентов. Для снижения частоты возникновения послеоперационных осложнений необходим тщательный индивидуальный контроль за состоянием пациентов после КЭА, в особенности у больных с билатеральным поражением сонных артерий.

Список литературы

1. Ишемический инсульт: обновленные Рекомендации Американской ассоциации инсульта, 2018г.;

2. Покровский А.В. // Национальные рекомендации по ведению пациентов с заболеваниями брахиоцефальных артерий, 2015г.

Ауелова А.Б., 3-курс, Зиянгирова З.Т., 2-курс
**РЕСТЕНОЗ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ: КЛИНИЧЕСКИЕ И
ЛАБОРАТОРНЫЕ МАРКЕРЫ**

Научный руководитель: Курманова А.Т.
НАО «Медицинский университет Караганды». Казахстан
Кафедра терапии

Высокий риск развития рестеноза коронарных артерий обуславливает актуальность изучения их прогностических маркеров и значимость их влияния во взаимосвязи.

Цель. Проанализировать клинические и биохимические показатели у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) после стентирования коронарных артерий.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 50 больных с ИБС, подвергшиеся стентированию коронарных артерий. Пациенты были разделены на 2 группы: I группа - 25 пациентов с развившимся рестенозом после стентирования коронарных артерий, II группа – 25 пациентов без признаков рестенозирования. Средняя продолжительность времени до развития рестеноза в I группе составила $1,82 \pm 0,6$ года. В обеих группах преобладали лица мужского пола. В ходе исследования оценивались следующие факторы: курение, наличие артериальной гипертензии, сахарного диабета, общий анализ крови (лейкоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ, тромбоциты), коагулограмма, липидограмма (общий холестерин, триглицериды, ЛПНП, ЛПВП).

Результаты. В 100% случаев в обеих группах диагностирована артериальная гипертензия III степени. Почти в равной степени преобладает трехсосудистое поражение коронарного русла у 18 (72%) и 15 (60%); наличие сахарного диабета 2 типа определено у 5 (20 %) и у 7 (28%), курение у 15 (60%) и 14 (56%) пациентов в I и II группах соответственно. При анализе общего анализа крови у 5 (20 %) исследуемых в I группе выявлено ускорение СОЭ и сдвиг лейкоцитарной формулы влево, остальные показатели в обеих группах соответствовали нормальным значениям. Показатели коагулограммы в исследуемых группах соответствовали норме за исключением 6 пациентов I группы, что составило 24% от всех исследуемых этой группы, у которых выявлено повышение уровня фибриногена.

Выводы. В результате анализа липидограммы было установлено, что уровень холестерина в I группе достоверно выше, чем во II. При этом гиперхолестеринемия обнаружена у всех.

Ахметгареева Р.Р., 5-курс

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА

Научный руководитель: к.м.н., доц. Малицкая Е.В.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская
Федерация

Кафедра госпитальной хирургии, урологии

Разнообразные билиарные дисфункции, хронический холецистит и желчнокаменная болезнь являются наиболее частой причиной развития острого и хронического билиарнозависимого панкреатита. Холедохолитиаз в 25-65% случаев приводит к развитию билиарного панкреатита.

Основным направлением лечения острого билиарного панкреатита (ОБП) является устранение причины заболевания – холедохолитиаза, холецистолитиаза, стриктур терминального отдела холедоха и большого дуоденального сосочка и др. Для этого используются современные возможности базовой интенсивной консервативной терапии, малоинвазивные эндоскопические вмешательства.

Цель. Оценить возможность применения эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) в лечении острого билиарного панкреатита на клиническом примере.

Материалы и методы. Клинический случай. Пациент К., 66 лет с диагнозом - ПХЭС. Холедохолитиаз. Холангит. Механическая желтуха. Острый билиарный панкреатит.

Результаты. Больной А., 66 лет поступил в экстренном порядке через 10 часа от начала заболевания с жалобами на боли в эпигастрии, опоясывающего характера, которые возникли после употребления алкоголя. Из анамнеза известно холецистэктомия в 2015 году. Объективно: состояние средней степени тяжести. В сознании, адекватен. АД 130/ 85 мм.рт.ст, пульс 77 в минуту. Живот обычной формы, участвует в акте дыхания, мягкий при пальпации, болезненный в эпигастрии. По данным лабораторных исследований: в ОАК лейкоцитоз $11 \times 10^9/\text{л}$, в ОАМ диастаза повышена Д 2826 ед/л. В биохимическом анализе крови (БАК): повышены содержания общего билирубина (ОБ) – 50,5 мкмоль/л, прямого билирубина (ПБ) – 33,4, АСАТ(57 ед/л), АЛАТ(68 ед/л), сывороточной амилазы (2158 ед/л). По результатам УЗИ: состояние после холецистэктомии, диффузные изменения печени, поджелудочной железы, признаки холестаза. Начата консервативная терапия, состояние с улучшением. Боли в животе уменьшились. Через 5 дней у пациента возник рецидив болей в животе, выросла желтуха, появилась гектическая лихорадка. При УЗИ-контроле: внутривеночные протоки расширены до 2-3 мм, холедох 12 мм. В БАК: повышены содержания ОБ на 62,2 мкмоль/л (112, 7), ПБ на 60 (99,4), амилазы снижен на 335 ед/л (1823) по сравнению с предыдущими результатами.

Выставлены показания к операции: Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ). Извлечен конкремент 0,7 см в диаметре. В послеоперационном периоде состояние больного улучшилось, боли в животе стихли. В ОАМ диастаза нормализуется Д 262 ед/л. В БАК: содержания ОБ 29,0 мкмоль/л, ПБ 17,9, ЩФ-525 ед/л остается повышенной. УЗИ – контроль 9.10.17 г: холедох 6 мм, внутривеночные желчные протоки не расширены, дополнительных объёмных образований, свободной жидкости в брюшной полости нет.

Выводы. Выполненная в срочном порядке эндоскопическая декомпрессия желчных путей - ЭПСТ с восстановлением проходимости общего желчного протока - оказалась эффективной. Длительность стационарного лечения составило 12 койко-дней.

Байбулатова Л.Р., 4-курс, Бакиева Э.А., 4-курс

СЛОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА

Научные руководители: д.м.н., проф. Нузова О.Б.¹, к.м.н., доц., врач-хирург Файзулина Р.Р.^{1,2}

¹Оренбургский государственный медицинский университет. Российская Федерация

²Городская клиническая больница имени Н.И. Пирогова
Кафедра факультетской хирургии
Кафедры микробиологии, вирусологии, иммунологии

Проблема лечения распространенного гнойного перитонита остается одной из самых сложных в абдоминальной хирургии [1,2]. Сохраняется тенденция к увеличению числа больных с острыми хирургическими заболеваниями, травмами органов брюшной полости, которые сопровождаются распространенным гнойным перитонитом [3,4].

Воспалительно-деструктивные заболевания органов брюшной полости служат наиболее (до 80%) частой причиной различных форм перитонита, представляющего собой, за редким исключением, осложнение местных, органических инфекционно-воспалительных процессов в абдоминальном отделе пищевода, желудке, двенадцатиперстной кишке, желчных путях, различных отделах тонкой и толстой кишок, червеобразном отростке, печени, поджелудочной железе, а также в органах малого таза у женщин. При этом на долю перфораций желудка и двенадцатиперстной кишки приходится приблизительно 30%, деструктивного аппендицита - 22%, поражений толстой кишки - 21%, тонкой кишки - 13%. Особые группы составляют пациенты с последствиями ранений и закрытых травм органов живота, а также с послеоперационными осложнениями - несостоятельностью анастомозов и ятрогенными повреждениями полых органов [5].

Существующие на сегодняшний день лечебные алгоритмы основаны на ретроспективном изучении данной патологии. Не существует базы рандомизированных клинических исследований из-за тяжелого состояния

пациентов, разнородных причин перитонита. Летальность при нем остается одной из самых высоких среди других urgentных абдоминальных патологий и достигает 30-40%. Еще выше статистика летальности при разлитом гнойном перитоните у пациентов, поступающих в стационар в тяжелом состоянии и исходно требующих госпитализации в отделение реанимации и интенсивной терапии. В этой группе она достигает 70% в период наблюдения до 4 месяцев [6].

Несмотря на постоянное совершенствование хирургических вмешательств, интенсивной терапии перитонита, результаты лечения нельзя признать удовлетворительными.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных с распространенным вторичным перитонитом.

Клинические исследования охватывали 39 больных с распространенным вторичным перитонитом, находившихся на стационарном лечении в хирургических отделениях ГАУЗ ГКБ имени Н.И. Пирогова с 2017 по 2018 гг. Для обработки материала была использована программа Microsoft Excel.

Мужчин было – 28 (71,8%), женщин – 11 (28,2%). До 4х часов от начала заболевания поступило 6 (15,4%) человек, от 4 до 24 ч – 15 (38,5%) пациентов, позже 24 ч – 18 (46,2%). У большинства пациентов перитонит был вызван перфорацией и деструкцией органов брюшной полости. У 32 (82%) больных встречалась сопутствующая патология. Всем пациентам проведено клинической обследование, использовали лабораторные и инструментальные методы диагностики (УЗИ, обзорная рентгенография живота, в сомнительных случаях использовали КТ и лапароскопию). У 10 (25%) больных наблюдали атипичность клинических проявлений и невыраженность перитонеальных симптомов. Это наблюдали у пациентов пожилого возраста, с тяжелой сопутствующей патологией. У 34 (87,2%) больных в общем анализе крови при поступлении был лейкоцитоз. У 33 (84,6%) пациентов УЗИ-органов брюшной полости было информативным. Всем пациентам была проведена перед операцией инфузионно-трансфузионная терапия и периоперационная антибиотикотерапия.

Основным принципом лечения, согласно рекомендациям Российского общества хирургов, особенно у больных, находящихся в крайне тяжелом состоянии была стратегия source control – «контроль источника перитонита», что подразумевает этапное хирургическое лечение перитонита. Source control подразумевает радикальное устранение источника вторичного перитонита. Конечная цель данной стратегии состоит в полной ликвидации патоморфологического субстрата источника, способного создавать почву для инфекционного процесса и поддерживать его в виде персистирующей, рецидивирующей либо «наслаивающейся» инфекции («суперинфекции»). Следует заметить, что в ходе реализации принципа source control иногда также приходится решать задачу по ограничению объема первичного хирургического вмешательства. Так бывает, если первичная операция по устранению источника перитонита, имеющего воспалительно-деструктивную природу, выполняется на

фоне развивающегося септического шока или его реальной угрозы. Согласно данной стратегии в случае крайне тяжелого состояния и гемодинамической нестабильности пациента первым этапом выполняли ликвидацию источника перитонита и санацию брюшной полости, откладывая реконструктивный этап на последующее вмешательство после стабилизации состояния больного [7].

Кроме Source control используется идеология тактики «Damage control», то есть «контроль повреждения». Термин «Damage control» - контроль повреждений был введен в обращение М. Rotondo с соавт. (1993) для обозначения систематизированного этапного хирургического лечения пострадавших с тяжелой сочетанной травмой живота и геморрагическим шоком. Тяжесть состояния этих пострадавших, развитие необратимых органических нарушений на фоне декомпенсированного геморрагического шока, дополнительной интраоперационной кровопотери и хирургического вмешательства обусловили разработку стратегии этапного лечения. Цель предлагаемой («редуцированной», сокращенной) тактики на первом этапе состоит только в остановке внутрибрюшного кровотечения и предупреждении контаминации брюшной полости, а после стабилизации состояния в условиях отделения интенсивной терапии, выполняется окончательный, завершающий реконструктивно-восстановительный этап [8].

Летальность составила 12,8%. Причиной летальных случаев были поздняя обращаемость и развитие полиорганной недостаточности.

Таким образом, учитывая позднюю обращаемость за медицинской помощью и атипичность клинических проявлений у ряда больных, необходимо в течение ближайших часов использовать весь комплекс диагностических мероприятий, так как эффективность лечения зависит от ранней диагностики.

Список литературы

1. Бузунов А.Ф. Лапаростомия. Лечение хирургических заболеваний живота методом открытого ведения брюшной полости / А.Ф. Бузунов. – М.: Практическая медицина, 2008. – 202 с.
2. Галеев М.А. Тактика хирургического лечения острого гнойного перитонита, вызванного аэробной и анаэробной инфекцией / М.А. Галеев, Т.И. Мустафин // Актуальные проблемы перитонита и острого панкреатита: тез. докл. II Всерос. съезд хирургов. – М., 1995. – С. 43–45.
3. Evaldson G. The normal human anaerobic microflora/ G. Evaldson, A. Heimdahl, L. Kager, C.E. Nord // Scand. J. Infect. Dis. - 1982. - V. 35, № 1. - P. 9- 15.
4. Dickinson E. NOX, a novel nitric oxide scavenger, reduces bacterial translocation in rats after endotoxin challenge / E. Dickinson, R. Tuncer, E. Nadler et al. // Am. J. Physiol. Gastrointest. Liver. Physiol. - 1999. - V. 277. - P. 1281-1287.
5. Савельев В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / В.С. Савельев. - Триада – Х., 2004. – 640 с.
6. Затевахин И.И. Неотложная абдоминальная хирургия: методическое руководство для практикующего врача / И.И. Затевахин, А.И. Кириенко, А.В. Сажин. - Москва: ООО "Медицинское информационное агентство", 2018. – 488 с.

7. Савельев В.С. Перитонит / В.С. Савельев, Б.Р. Гельфанд, М.И. Филимонов. - М.: Литера, 2006. – 208 с.
8. Багдасарова Е.А. Перитонит и внутрибрюшное давление: учебное пособие / Е.А. Багдасарова, В.В. Багдасаров, А.И. Чернооков. – М.: 2015. – 92 с.

Байдуйсенова А.Г., 6-курс

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ДЕКОМПРЕССИОННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

Научный руководитель: к.м.н., доц. Алибеков А.Е.
НАО «Медицинский университет Караганда». Казахстан
Кафедра хирургических болезней №2

Одной из самых сложных проблем urgentной хирургии является лечение больных с нарушением желчеоттока различной этиологии. Основным проявлением этих заболеваний является механическая желтуха (МЖ), возникающая вследствие обструкции желчных протоков. Причинами МЖ являются холедохолитиаз, опухолевые поражения органов гепатопанкреатодуоденальной зоны (ГПДЗ), а также рубцовые стриктуры общего желчного протока. Чем раньше выявлен характер патологического процесса и выполнено рациональное пособие для восстановления желчеоттока из печени, тем лучше результат лечения больного.

Цель работы. Оценка эффективности применения малоинвазивных эндоскопических декомпрессионных методов желчевыводящих путей как средство повышения эффективности и профилактики послеоперационных осложнений хирургического лечения МЖ.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения МЖ за 2016-2018 г.г. в Областной клинической больнице г. Караганда. Количество больных – 205, в возрасте от 28 до 90 лет. Доля мужчин составляет 63 (31,1%), женщин – 142 (68,9%). По длительности клиники желтухи до 3 сут. – 40 (19,5%), до 7 сут. – 95 (46,4%), до 2 нед. – 44 (21,5%), свыше 1 мес. – 26 (12,6%) больных. Легкая степень МЖ (до 100 мкмоль /л) наблюдалась у 98(47,8%) больных, средняя (100-200мкмоль/л) – у 69 (33,6%), тяжелая (200мкмоль/л и выше) у 38 (18,6%). Всем пациентам с МЖ с диагностической и лечебной целью проводили эндоскопическую ретроградную холецистопанкреатографию (ЭРХПГ). По данным ЭРХПГ основной причиной желтухи были: холедохолитиаз у 148 (72,2%) больных, стеноз БДС- у 20 (9,8%), опухоли ГПДЗ - у 12 (5,8%). У 25 (12,2%) больных к МЖ присоединился гнойный холангит.

Устранение МЖ в качестве первого этапа хирургического лечения желчнокаменной болезни является альтернативным вариантом лечения. Декомпрессию билиарного дерева проводили посредством эндоскопической папилосфинктеротомии с литоэкстракцией корзиной Dormia (ЭПСТ), чрезкожной чрезпеченочной холангиостомии (ЧЧПХС),

эндовидеолапароскопической декомпрессии (холецистостомия), назобилиарным дренированием.

При умеренной желтухе, когда содержание билирубина в крови ниже 100 мкмоль/л и относительно удовлетворительном состоянии больных, ЭПСТ была проведена на 3-5 сутки с момента поступления, тогда как у наиболее тяжелых больных с клиникой острого гнойного холангита и печеночной недостаточности при билирубинемии 200 мкмоль/л и выше, выполнили ЭПСТ в течение первых суток пребывания в стационаре. Подобную тактику использовали у 128 (62,4%) больных. Основной задачей ЭПСТ считали не столько ликвидацию холидохолитиаза, сколько декомпрессию желчных путей, их санацию, восстановление пассажа желчи в кишечник. Если протяженность стенозирующего участка велика или в общем желчном протоке оставались неудаленные конкременты, папиллотомию выполняли в 2-3 приема у 56 (27,3%) больных, дополняя первые этапы ПСТ при сочетании гнойного холангита – назобилиарным дренированием у 21 (10,3%). У 28 (13,6%) больных запущенной желтухой и гнойным холангитом, находившемся в тяжелом состоянии, при неэффективности ЭПСТ проведена в срочном порядке холецистэктомия, холедохотомия с литоэкстракция и декомпрессия с наружным дренированием. После купирования желтухи и холангита, нормализации билирубина проводилась антеградная или комбинированная ЭПСТ для санации желчных путей, контрольная фистулография.

При опухолевом генезе желтухи в зависимости от степени последней выполняли лапароскопическую или операционную декомпрессионную холецистостомию у 5 (2,4%), ЧЧПХС 2 (1,0%) больных, первичный холецистоэнтероанастомоз у 5 (2,4%) больных.

Результаты и обсуждения. Эффект от ЭПСТ при лечении МЖ и холангита достигнут у 152 (74,1%) больных, что позволило произвести завершающий хирургический этап с меньшим риском. После ЭПСТ у 8 (3,9%) больных развился острый панкреатит, у 5 (2,4%) открылось кровотечение из разреза, которые были купированы консервативными методами. После хирургического лечения летальность составила 1% (2 больных): 1(0,5%) после ЭПСТ, 1 (0,5%) - от прогрессирующей печеночной недостаточности.

Объем оперативного вмешательства на 2-ом этапе ограничился холецистэктомией, холедохолитотомией, наружным дренированием общего желчного протока (ХЭ+ХЛТ) у 96 (46,8%) больных, у 15 (7,3%) - дополнительно холедоходуоденостомией (ХЭ+ХЛТ+ХДА), у 13 (6,3%) – ХЭ, ХЛТ с двойным внутренним дренированием, что связано с неполным купированием явления холангита. Наряду с дезинтоксикационной терапией (гемодилюция, плазмофорез, гемосорбция), проводили иммуннокорректирующую терапию циклофероном - низкомолекулярным индуктором интерферона 78 (38%). Больным с МЖ, холедохолитиазом вводили циклоферон до операции и послеоперационном периоде, что позволило снизить число послеоперационных осложнений.

Выводы. Таким образом, двухэтапное оперативное лечение механической желтухи с использованием на первом этапе эндовидеоскопической декомпрессии билиарного дерева значительно улучшает результаты хирургического лечения. В случаях неудачи ЭПСТ при тяжелой желтухе в сочетании с гнойным холангитом показана в срочном порядке хирургическая декомпрессия и наружное дренирование желчных путей без ликвидации причин обструкции.

Список литературы

1. Мальцева Н.М., Борисова А.М., Кузнецов В.П. и др. Эффективность иммунотерапии лейкинфероном у больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких// иммунология. – 1987. №4. – С.90-93.
2. Назаров П.Т., Пурина В.И., реакция бластной трансформации лимфоцитов в культурах цельной крови// лабор.дело. – 1993. №4. – С.195-198.
3. Проскуряков В.А., опыт применения стафилококкового анатоксина в хирургической практике// Клиническая хирургия. – 1968. №5.-С.30-32.
4. Стучков В.И., Недведцкая Л.М., вопросы клинической иммунологии и хирургии// Хирургия. – 1977. №1.-С.13-16.
5. Шабунин А.В., Тарабрин В.И., Малышев И.Ю., декомпрессия желчевыводящих путей и иммунокоррекция при хирургическом лечении механической желтухи неопухолевого генеза// Хирургия. – 1998. №11.-С.45-51.

Бозоров У., 6-курс

ХИМИОТЕРАПИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Научный руководитель: асс. Норов Ф.Х.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.
Узбекистан.

Кафедра факультетской и госпитальной хирургии

Цель. Повысить эффективность хирургического лечения эхинококкоза печени путем использования химиотерапии в лечении и профилактики заболевания.

Материалы и методы. Эффективность различных антигельминтных препаратов при химиотерапевтическом лечении эхинококковой кисты анализированы у 29 больных. В абдоминальном отделении Бухарского областного многопрофильного медицинского центра в комплекс лечения эхинококка печени включена химиотерапия альбендазолом. Лечебная химиотерапия преследует цель – полную санацию организма больного от эхинококкоза с множественными, рецидивными формами малых размеров (не более 4-5 см) кист, локализующиеся в одном или нескольких органах. Всем больным проводился ультразвуковое исследование в динамике лечения, серологические реакции (РНГА, РИФА). Сочетание этих методов исследования позволило с большой точностью выставить правильный диагноз.

Альбендазол в дозе 10-12 мг/кг веса в сутки, рекомендованный ВОЗ, назначались прерывистым курсом (1 месяц лечения – 15 дней перерыв)

количество курсов лечения в каждом случае подбиралось строго индивидуально в зависимости от размера, количества и характера кист. Минимальное количество курсов лечебной химиотерапии составило 3, максимальное 5. С учётом гепатотоксичности препаратов в комплекс профилактики её использованы эссенциале форте, гепатофалк- планта, гепомерц. Больным рекомендовано приём большого количества жидкости. Результаты лечения оценивали по 3 критериям, разработанные экспертами ВОЗ (1983г) Успешное лечение-исчезновение или значительное уменьшение размера кист, кальцификацию – у 11 больных.

Благоприятный эффект - заметное уменьшение размера кист или исчезновение некоторых из них при множественных поражениях- наблюдались у 12 больных. Безуспешное лечение - отсутствие видимых изменений формы, размера и морфологии кист по результатам УЗИ и КТ,- у 6 больных.

При успешности лечения на УЗИ выявлен полный очаг фиброза с кальцинатами, в динамике кисты уменьшались в размерах; продолжены эхографические наблюдения 1 раз в полгода. Эффективность лечебной химиотерапии составила в целом 79,3%, т.е. паразитарные кисты размерами менее 5 см возможно провести изолированную химиотерапию, позволяющая добиться положительных результатов в большом числе наблюдений.

Профилактическая химиотерапия преследует задачу; санацию организма оперированного больного эхинококком печени альбендазолом с целью исключения в послеоперационном периоде рецидивного поражения. С 2010 г в клинике химиотерапия в послеоперационном периоде (ПХТ) используется у всех оперированных эхинококком печени больных в полноценном объеме, с данными контрольного УЗИ обследования. При этом рецидивы отмечены у 4 больных (1,2%) преждевременно прекративших курс химиотерапии. В остальных случаях после проведенного курса ПХТ в сроки наблюдения от 1-го года до 5 лет рецидива заболевания наблюдалось от 0,6 до 6% случаев. Таким образом, применение ПХТ в послеоперационном периоде альбендазолом позволяет свести к минимуму частоту рецидивов заболевания.

Гафуров М.М., 5-курс

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЁЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Научный руководитель: к.м.н., доц. Кобилов К.К.

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

Актуальность проблемы острого холецистита сегодня определяется прогрессивным ростом заболевания и недостаточно удовлетворительными результатами его лечения.

Лапароскопическая холецистэктомия за последнее десятилетие стала широко применяться в лечении острого калькулезного холецистита, поскольку

отличается малой травматичностью и низкой частотой осложнений в ближайшем послеоперационном периоде [1,4,5]. В хирургическом лечении больных с острым холециститом альтернативной лапароскопической холецистэктомии может служить холецистэктомия из минилапаротомного доступа, преимуществом которой является то, что оперативное вмешательство выполняется под визуальным контролем в безгазовой среде с использованием элементов открытой лапароскопии [2,3].

Таким образом, у больных с острым калькулёзным холециститом выбор метода хирургического лечения остаётся одной из актуальных и до конца нерешенных проблем.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных с острым калькулёзным холециститом.

Материал и методы исследования. Исследование основано на результатах хирургического лечения 120 больных с ОКХ, произведенных с 2008г до 2018г. в хирургическом отделении МСЧ ГУП ТАЛКО. Мужчин было 12 (10%), женщин- 108 (90%). Для изучения результатов лечения и проведения сравнительной оценки различных способов холецистэктомии, больные разделены на 4 группы. В первую вошли 30 пациентов, оперированных лапароскопическим методом, во вторую – 30 больных, оперированных из минидоступа, в третью -30 больных ХЭ из ЕД и в четвертую группу- 30 пациентов ТХЭ. Было проведено рандомизированное исследование. Больные рандомизированы по возрасту, полу, сопутствующие патологии и длительность заболевания. Возраст больных колебался от 24 до 80 лет. Средний возраст больных во всех группах составил $56,4 \pm 2,7$. Длительность острого периода заболевания составила в среднем $4,4 \pm 0,4$. У 89 (74,16%) больных были диагностированы различные сопутствующие заболевания жизненно важных органов, что создавало дополнительные сложности в их лечении. Наиболее значимыми сопутствующими заболеваниями в изолированном виде или в комбинации были: гипертоническая болезнь у 34 (28,33%), ИБС у 10 (8,33%) и ожирение у 18 (15%). Всем больным было выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости и гепатодуоденальной зоны.

Результаты и их обсуждение. Нами была проведена сравнительная оценка количества интраоперационных и послеоперационных осложнений, продолжительность операции, период пребывания больных в стационаре и конверсии. При ЛХЭ и ХЭЕД продолжительность операции в среднем составила $33,7 \pm 2,3$ и $40,3 \pm 1,8$ мин. При ХЭЕД и ТХЭ эти показатели были чуть повышены $50,1 \pm 3,2$ и $54,1 \pm 6,9$ мин в среднем. Продолжительность операции у больных ЛХЭ и ХЭЕД прямо зависела от времени поступления больных в стационар и данные УЗИ. Продолжительность операции у больных МХЭ больше зависела от степени ожирения, чем больше степень ожирения, тем больше продолжительность операции. Среди 30 больных с острым деструктивным холециститом, которым была выполнена лапароскопическая холецистэктомия, переход на традиционный, открытый доступ осуществлён у 1(3,3%) больного. Причиной явился выраженный спаечный процесс в области

гепатодуоденальной связки, который определяли во время обзорной лапароскопии. При попытке выполнения ЛХЭ не удалось выполнить разъединения спайки и выделения элементов в области шейки ЖП, перешли на конверсию, выполнили ТХЭ. В группу больных ЕЛД конверсия отмечалась у двух больных, в 5 случаях была переход на ЛХЭ. Причинами явился спаечный процесс в области гепатодуоденальной связки, который не удалось произвести ХЭ у 5 больных (16,6 %), кровотечение у 2 (6,6 %).

При выполнении операции из минилапаратомного доступа также возникают трудности, которые невозможно устранить из минидоступа. У 30 пациентов, которые принимали минидоступ, необходимость на конверсии была у 2 больных. В одном случае было кровотечение, в другом инфильтрат в области треугольника Кало. В обоих случаях, больных сопутствовало ожирение III ст., при котором ограничивали возможность работы.

Среднее койко-дней пребывания больных в стационаре $4,7 \pm 0,3$; $4,9 \pm 0,3$; $4,9 \pm 0,3$; $6,8 \pm 0,7$ соответственно по группам. У больных первых трёх групп койко-дни достоверно не отличаются. Уменьшение койко-дней среди этих групп объясняется малой инвазивностью операции. Увеличение койко-дней отмечается среди больных IV группы. У больных IV группы отмечается травматизация брюшной стенки и органов брюшной полости, которым способствует более поздняя послеоперационная реабилитация. Одним из важных критериев обоснованности и качества оперативного лечения является его характер и количество осложнений. Результат исследования показал, что интрооперационные осложнения возникали во время выполнения ЛХЭ и ХЭЭД у 3 больных, причинами которых явились инфильтрат в области шейки желчного пузыря и добавочные сосуды. Среди больных МХЭ и ТХЭ интрооперационные осложнения не возникали, в основном встречали такие послеоперационные осложнения, как желчеистечение и нагноение раны. Самым значимым было нагноение раны у 3 больных. Желчеистечение развивалось у одного больного после ХЭМ и у одного больного после ХЭЭД. Повторные операции не понадобились, желчеистечение прекращалось самостоятельно на 3-5 сутки после операции, поэтому точная причина желчеистечения не выявлена.

Выводы. ЛХЭ при остром холецистите является альтернативным методом по сравнению МХЭ и ТХЭ. Но некоторым больным с острым холециститом применение ЛХЭ является большим риском, а результат хирургического лечения у таких больных при применении традиционных методов не очень отстаёт от миниинвазивных методов. Результат хирургического лечения больных с острым калькулёзным холециститом на много улучшается при индивидуальном выборе способа операции.

Список литературы

1. Осложнения лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите / Б.Р. Исхаков // Анналы хирургической гепатологии. – 2008. -№3. том 13. – С.120-121.

2. Савельев В.С. Выбор способа холецистэктомии при остром холецистите./ Васильев В.Е., Куликов В.М., Мишакина Н.Ю. //Вестник Российского государственного медицинского университета. М 2006; 4: 51: 44-46.
3. Шпаченко Ф.А. Сравнительный анализ различных видов холецистэктомии / Ф.А. Шпаченко, П.С. Ветшев // Руководство по хирургии желчных путей / под ред. Э.И. Гальперина, П.С. Ветшева. – 2-е изд. – М.: Видар – М, 2009. – С.185-195.
4. Beldi G. Laparoscopic subtotal cholecystectomy for severe cholecystitis: a follow - up study / G. Beldi, A.Glatty // Surgical Endoscopy.-2003.-V. 17.-№ 9.-3.-P. 1437-1439.
5. Borzellino G. Sauerland S., Minicozzi AM Laparoscopic cholecystectomy for severe acute cholecystitis1 Ametaanalysis of results Surg.1. Endosc. 2008; 22(1): 8-1

Григорян Д.В., 4-курс

ВИДЫ ПАРАПРОКТИТОВ В ГОРОДЕ ОРЕНБУРГ

Научный руководитель: к.м.н., доц. Малицкая Е.В.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская Федерация

Кафедра госпитальной хирургии, урологии

Воспаление околопрямокишечной клетчатки является весьма распространенным заболеванием. В практике неотложной колопроктологии оперативное лечение острого парапроктита занимает 1 место.

Цель. Оценить структуру ишиоректального парапроктита, особенности диагностики и лечения больных с данной формой.

Материалы и методы. Истории болезней 96 пациентов с острым парапроктитом, находившихся на стационарном лечении в отделении колопроктологии ОКБ № 2 в период с января 2018 года по январь 2019 года.

Результаты. Наиболее частой формой среди всех видов являлся ишиоректальный (33 истории). При этом наблюдались следующие возбудители при данной форме *E.coli* в 25 случаях, *Bacteroides fragilis* в 4 случаях, *St. aureus* в 3 случаях и 1 ассоциация *E.coli* + *St epidermidis*. При госпитализации у 4 больных были признаки анаэробного неклостридиального парапроктита. Наблюдалась выраженная интоксикация, гипотония, олигурия. После вскрытия абсцесса наблюдалась типичная картина анаэробной инфекции: зловонный запах, безжизненный вид раны, который затруднял четкое определение границ поражения. Наблюдался некроз.

У пациентов с аэробной инфекцией превалировали признаки воспаления: недомогание, слабость, головная боль, гипертермия, при поверхностных формах наблюдалась гиперемия, отек и припухлость кожных покровов. При глубоких формах - тупые пульсирующие боли в области малого таза, усиливающиеся при дефекации. Летальный исход наблюдался у 1 больного с анаэробным парапроктитом. Причина - сепсис, полиорганная недостаточность. У больных с аэробным поражением летальных исходов не наблюдалось.

Выводы: 1. Наиболее часто встречающимся микроорганизмом по результату бактериологического исследования являлась *E. Coli* .

2. При подозрении на анаэробную инфекцию рекомендован широкий разрез, некрэктомия и назначение метронидазола.

Жариков К.М., 4-курс, Нафиков А.В., 4-курс, Астафьев Б.В., 4-курс
**МАЛОИНВАЗИВНЫЙ ДОСТУП ПОД ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ
УЛЬТРАЗВУКОВОЙ НАВИГАЦИЕЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ
ЖИДКОСТНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И
ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА**

Научный руководитель: к.м.н., асс. Солодов Ю.Ю.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская
Федерация

Кафедра факультетской хирургии

Понятие «жидкостное образование» носит собирательный характер и объединяет группу разнородных осложнений. Они могут сформироваться в любом отделе брюшной полости и забрюшинного пространства. Во многом это объясняется ростом числа острых хирургических заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства, протекающих по деструктивному пути. И здесь среди них ведущая роль принадлежит панкреонекрозу, возникающему в 20-30% случаев острого панкреатита.

Цель. Улучшить результаты лечения больных с жидкостными образованиями брюшной полости и забрюшинного пространства за счёт применения малоинвазивного доступа под интраоперационной ультразвуковой навигацией.

Материалы и методы. Методика осуществлялась на базе ГАУЗ «ГКБ им. Н.И. Пирогова» г. Оренбург в хирургических отделениях. С января 2017 года - по сентябрь 2018 года 43 пациентам с жидкостными образованиями было выполнено наружное дренирование по предложенной методике.

Результаты. Суть методики: 1) С целью предоперационного планирования предварительно выполняется КТ и УЗИ; 2) После стандартной предоперационной подготовки и премедикации пациенту проводят УЗИ в операционной, окончательно устанавливается оптимальная точка доступа в «акустическом окне»; 3) Пациента укладывают в удобное для доступа положение, погружают в наркоз; 4) С соблюдением условий асептики делают небольшой разрез кожи (2-5 см) в выбранной точке; 5) Под постоянным интраоперационным ультразвуковым контролем послойно осуществляют доступ к жидкостному образованию; 6) После проникновения в полость жидкостного образования производят аспирацию содержимого электроотсосом; 7) Далее осуществляется последующая ревизия полости тупфером или пальцем, в ходе ревизии остаточной полости производят удаление некротического детрита и секвестров через раневой канал; 8) Проводят ультразвуковой контроль эффективности опорожнения полости; 9) Операцию заканчивают

установкой дренажей крупного диаметра в полость жидкостного образования, дренажи фиксируют к коже; 10) После установки дренажей для исключения их дислокации выполняется УЗИ-контроль их локализации, а также состояния свободной брюшной полости.

Выводы. Метод показал высокую эффективность т.к. он позволяет выполнять одномоментную санацию и дренирование полостных образований. Кроме того, минимальная инвазивность доступа позволяет избежать раневых осложнений, являющихся частыми при открытых вмешательствах. Следует отметить, что реализация предложенного алгоритма позволяет существенно снизить уровень летальности и избежать открытых операций, что вписывается в рамки концепции снижения агрессии оперативного доступа.

Косимов У.Р., 3-курс

РОЛЬ БРОНХОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЁННЫХ ЭНДОБРОНХИАЛЬНЫХ ЛИГАТУРНЫХ СВИЩЕЙ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ЛЁГКОГО

Научный руководитель: к.м.н. Курбанов О.М.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.

Узбекистан

Кафедра общей хирургии

Цель. Изучение роли бронхоскопии в лечении осложнённых эндобронхиальных лигатурных свищей после эхинококкэктомии лёгких.

Материалы и методы. В клинике факультетской и госпитальной хирургии Бухарского государственного медицинского института на базе Бухарского областного многопрофильного медицинского центра, за период с 2000 по 2010 года было оперировано 746 пациентов с различными формами эхинококкоза лёгких. Локализация эхинококковых кист была следующей: одностороннее поражение отмечены в 456 (61,1%) случаях, из них солитарных кист 87 (11,6%), множественных 42 (5,6%), сочетанное поражение лёгкого и печени в 34 (4,5%) случаях. Осложненные формы наблюдались у 127 (17%) пациентов, из них прорыв в бронх с нагноением и кровохарканьем в 46 (36,2%) случаях, нагноившийся эхинококкоз без прорыва в 68 (53,5%) случаях, прорыв в плевральную полость в 8 (6,2%) случаях и легочное кровотечение в 5 (3,9%) случаях. Гигантские кисты встретились в 28 (3,7%) случаях. Чаще всего эхинококковые кисты локализовались в средней доле правого или левого лёгкого, что составило 46% из общего числа оперированных, нижняя доля лёгких - 32% и верхняя доля лёгких составило - 22%.

Объем оперативных вмешательств заключалось в торакотомии под общим обезболиванием с последующей эхинококкэктомией одним из известных способов с учетом анатомического расположения, размеров и стадии паразитарных кист.

Результаты. Из общего числа оперированных у 7 больных выявлены гнойные эндобронхиальные лигатурные свищи в отдаленном

послеоперационном периоде. Клинически больные жалуются на постоянный кашель с выделением гнойной мокроты, першение в горле, одышка. Аускультативно выслушивается бронхиальное дыхание с влажными хрипами застойного характера. У двух больных кашель сопровождался с кровохарканьем. При рентгенологическом исследовании этих больных констатированы изменения, обычно наблюдаемые после оперативных вмешательств, т.е. компенсаторное повышение прозрачности оставшейся легочной ткани, плевродиафрагмальные сращения, облитерация синуса.

Результаты бронхоскопии были бесценны. Нами использована следующая методика: после соответствующей премедикации за 25 минут до исследования проводилась анестезия гортани с помощью аэрозоля 10% лидокаина. В дальнейшем анестезия голосовой связки через бронхоскоп 5% раствором лидокаина. После введения бронхоскопа в просвет трахеи через голосовую щель при помощи катетера проводилась анестезия трахеи и бронхов 2% раствором лидокаина. У всех больных на уровне сегментарных бронхов обнаружены явления гнойного эндобронхита, т.е. слизистая бронхов резко гиперемирована, отечная, на бифуркациях явления перифокального воспаления. Проведенное нами бронхоскопическое исследование показало, удаление причины хронического очага нагноения, как правило, приводило к уменьшению воспалительных изменений слизистой оболочки бронхов, вплоть до их полного исчезновения. Во время бронхоскопии у всех 7 больных обнаружены лигатурные свищи с картиной гнойного эндобронхита. У 3-х больных лигатуры обнаружены у устья сегментарного бронха средней доли правого лёгкого, у 2-х больных нижней доли левого лёгкого, у 1-го больного верхней доли левого лёгкого, у 1-го больного на сегментарном бронхе нижней доли правого лёгкого. Из них у двух больных возникло аррозивное кровотечение, которое остановлено консервативными гемостатическими методами. У всех больных лигатуры удалены, у двух больных из устья сегментарного бронха удалены несколько лигатур скопившихся в единый комок. На наш взгляд (по видимому) лигатуры отторгаются от остаточной полости и скапливаются у устья сегментарных бронхов. Во время бронхоскопии обнаруживается целый комок лигатур на бифуркации сегментарных бронхов. После проведения антибактериальной, противовоспалительной терапии все больные выписаны с выздоровлением.

Выводы. Таким образом, анализ отдаленных результатов хирургического лечения эхинококкоза лёгких показывает, что у 4 % больных возникают эндобронхиальные лигатурные свищи. Бронхоскопическое удаление лигатур в сочетании с консервативным лечением является единственным радикальным методом лечения этих больных.

Курбаналиева Р., 3-курс

ПРИМЕНЕНИЕ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПРИ ПАНАРИЦИЯХ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОГО ПРИЕМА

Научный руководитель: асс. Рузиев А.Э.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.

Узбекистан.

Кафедра общей хирургии

Среди всех нагноительных процессов мягких тканей и костей, гнойные заболевания пальцев и кисти занимают первое место, составляя 15-31% от всех впервые обратившихся к хирургу больных. По статистическим данным 61% всех гнойных заболеваний мягких тканей приходится на кисть. Между тем, эти гнойные заболевания наблюдаются главным образом у наиболее работоспособной части населения.

Цель. Улучшить диагностику и результаты амбулаторного лечения больных с панарициями на основе применения в комплексной лечении лимфотропной терапии в послеоперационном периоде.

Задачи. Изучить и научно обосновать лимфотропную антибактериальную терапию в послеоперационном периоде в комплексном лечении панариций в условиях амбулаторного приема.

Материал и методы. На амбулаторном обследовании и лечении проходили 81 больных с различными формами панариция (кожная, подкожная, околоногтевая, подногтевая и паронихия) в условиях хирургического кабинета семейной поликлиники №9 при Бухарском городском медицинском объединении. Нами все больные разделены на 2 группы. В I группу входили 43 больных (контрольная), а во II группу 38 (сравнительная). Методами исследования больных являлись осмотр, зондовая пальпация пораженного пальца, рентгенография. Всем больным I группы сразу же после операции, иногда перед операцией, начали лимфотропную терапию, которая выполнялось следующим образом: в первый межпальцевый промежуток подкожно на глубину 0,5-1,0 сантиметра (в клетчаточные пространства ладони) с тыльной стороны пораженной кисти ввели 16-32 единицы лидазы с 2 мл 0,5% раствора новокаина. Через 3-4 минуты, не вынимая иглы, ввели 80 мг гентамицина, разведенного в 2,0 мл 0,5% раствора новокаина. После инъекции накладывали спиртовой шарик и сухую асептическую повязку. Лимфотропную терапию продолжали в течение 3-5 дней, 1 раз в сутки. Остальную часть антибиотика ввели внутримышечно.

Результаты. У всех больных I группы наблюдались быстрое стихание перифокального воспаления, уменьшение гнойного отделяемого и благоприятное течение гнойного процесса. У больных во II группы, которые получали традиционные методы лечения с применением антибиотиков только внутримышечно или энтерально в послеоперационном периоде, патологический процесс в пальце зачастую продолжал развиваться, либо

иногда являлось показанием для повторных хирургических вмешательств. Такое неровное течение послеоперационного периода ощутимо затягивало сроки лечения.

Выводы. Таким образом, применение лимфотропной терапии в комплексном лечении при панарициях в послеоперационном периоде позволяет выполнить эффективную санацию очага воспаления, проводить контролируемое послеоперационное лечение, сократить сроки лечения и обеспечить экономический эффект при социально значимом и частом заболевании.

Лесная А.С., 5-курс

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРЫХ ПИОГЕННЫХ АБСЦЕССАХ ПЕЧЕНИ

Научный руководитель: к.м.н. Лесной В.В.

Харьковский национальный медицинский университет. Украина

Кафедра хирургии №2

Заболеваемость пиогенными абсцессами печени (ПАП) варьируется среди населения в широких пределах от 1,1-3,6 на 100 000 населения в странах Европы. Показатели летальности вне зависимости от региона при ПАП составляют 1,5-19%, что требует дальнейшего совершенствования оказания помощи данной категории больных.

Цель. Проанализировать хирургические методы лечения в зависимости от длительности заболевания, этиологической причины, локализации ПАП.

Материал и методы. Обследовано 17 пациентов (случайная выборка), госпитализированных в хирургическое отделение в 2018 году с диагнозом ПАП. При госпитализации больные предъявляли жалобы на боль в правом подреберье - 15 (88,2%) пациентов, гектическую лихорадку - 12 (70,6%), тошноту/рвоту - 5 (29,4%), снижение массы тела за период болезни свыше 5 кг - 10 (58,8%), одышку - 3 (17,6%), изжогу - 1 (5,9%). Длительность жалоб составила от 3 до 14 суток. При объективном исследовании диагностировано гепатомегалию у 14 (82,4%) пациентов, болезненный заостренный край печени - 17 (100%), положительный симптом Мерфи - 2 (11,8%), притупление перкуторного звука в базальных отделах правой половины грудной клетки - 3 (17,6%), желтушность кожных покровов - 2 (11,8%), тахикардию - 17 (100%), гипотензию - 4 (23,5%).

Лабораторные показатели свидетельствовали о воспалительном процессе, а именно: лейкоцитоз свыше $12 \cdot 10^9$ /л - 17 (100%), сдвиг лейкоцитарной формулы влево - 15 (88,2%), ускоренное СОЭ - 17 (100%), гипохромная анемия - 10 (58,8%). Среди особенностей биохимического анализа крови необходимо отметить повышение АЛТ/АСТ свыше 40 Ед/л - 12 (70,6%), гипоальбуминемия - 10 (58,8%), билирубинемия - 2 (11,8%), повышение уровня С-реактивного белка - 17 (100%), прокальцитонин - 10 (58,8%). По данным ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшной полости

верифицирована зона инфильтрации неправильной овальной формы без четких контуров у 6 (35,3%) пациентов, гипоехогенный участок с тонкой пиогенной капсулой – 5 (29,4%), полостное образование с неоднородным детритом, с капсулой более 7 мм – 6 (35,3%), дополнительные изменения: деструкция стенки желчного пузыря с перивезикальным инфильтратом – 1 (5,9%), дилатация холедоха – 1 (5,9%), правосторонний гидроторакс – 2 (11,8%), свободная жидкость в брюшной полости ни у одного пациента не обнаружена. Для дифференциального диагноза с опухолевым поражением печени у всех пациентов определяли показатели маркеров опухолевого роста альфа-фетопротеин, СА 19-9, производилась компьютерная томография органов брюшной полости, а для исключения кистозного паразитарного процесса в паренхиме печени иммуноферментным методом определяли уровень Ig M, Ig G к эхинококковому антигену.

Результаты. Во всех случаях нами диагностирован острый пиогенный абсцесс печени с преимущественной локализацией в правой доле (10 больных), чаще холангиогенного генеза (8 больных), у всех пациентов ПАП был солидный. При размерах абсцесса менее 5 см или ультразвуковых признаках «формирующегося» абсцесса у 11 (64,7%) больных проводили антибактериальную терапию (цефоперазон защищенный сульбактамом 2,0 внутривенно 2 раза в сутки, орнидазол 500 мг внутривенно 2 раза в сутки, гатифлоксацин 400 мг внутривенно 1 раз в сутки) дезинтоксикационную терапию (реосорбилакт, реамберин, глюкозо-солевые растворы), гепатопротекторы (тиатриазолин, гептрал), анальгетики (парацетамол).

При неэффективности консервативной терапии (2 больных), размерах абсцесса более 5 см в диаметре (6 больных) под контролем УЗИ с помощью дренажей типа «Pigtail» 9-12 Fr произведена пункция интрапаренхиматозных жидкостных скоплений. Объем аспирированного экссудата составил 510 ± 150 мл, с последующим дебитом по дренажу 86 ± 5 мл/сутки, что способствовало регрессу признаков системного воспалительного ответа. Дренирование полости абсцесса проводили в течение $14 \pm 1,4$ дней, при этом полость абсцесса санировали раствором «Декасан», вводили с 30 минутной экспозицией поливалентный пиобактериофаг. Удаляли дренаж только после подтвержденного с помощью УЗИ отсутствия полости абсцесса. У 1 (5,9%) пациента с острым деструктивным холециститом, осложненным контактным абсцессом печени произведена лапароскопическая холецистэктомия, дренирование абсцесса, наружное дренирование холедоха по Холстеду-Пиковскому. Летальных случаев в исследуемой группе не было, среди осложнений можно выделить случай, когда у 1 (5,9%) пациента произошла миграция дренажа из полости абсцесса на 5 сутки, что потребовало редренирования.

Выводы. Консервативная терапия острых пиогенных абсцессов печени при сроке заболевания до 14 суток и отсутствии полости свыше 5 см эффективна у 9 (52,9%) больных. Миниинвазивные методы лечения (дренирование/пункция под контролем УЗИ) являются операцией выбора вне

зависимости от размеров и локализации абсцесса при наличии акустической «трассы». У больных с контактными абсцессами печени необходимо устранение основного заболевания с дополнительным дренированием полости абсцесса. При холангиогенных абсцессах с клиникой острого холангита (триада Шарко) рекомендуем наружное дренирование холедоха или эндоскопическую папилласфинктеротомию.

Лихограй Л.И., 5-курс, Уколова Е.С., 5-курс

ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ В г.ОРЕНБУРГ

Научный руководитель к.м.н., доц. Авченко М.Т.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская

Федерация

Кафедра факультетской хирургии

Острая ишемия конечностей происходит, когда возникает внезапное прерывание кровотока через кровеносные сосуды руки или ноги. В большинстве случаев, поток блокируется загустевшей массой крови или тромба. Такая блокировка предотвращает приток необходимого кислорода и питательных веществ в клетки и ткани, которые нужны для жизни. Она также провоцирует накопление вредных отходов клеток.

Цель. Проведение анализа тактики лечения пациентов с острой артериальной непроходимостью конечностей и оценка результатов хирургических методов лечения.

Материалы и методы. Проанализированы истории болезни 123 пациентов за 2017-2018 гг. с острой артериальной непроходимостью: 55 случаев острой артериальной эмболии и 68 – острого артериального тромбоза. Среди оперированных преобладали мужчины - 79 (64,2%). Распределение по возрасту: 20- 35 лет- 1 (0,8%), 35- 60 лет-35 (28,4%), 60-75 лет- 41 (33,3%), 75- 90 и старше лет – 46 (37,3%). Количество пациентов с поражением верхних конечностей- 27 (21,9%), нижних- 96 (78%). Наиболее типичными местами локализации тромбов и эмболов являются места разветвления сосудов (бифуркация), поскольку именно там диаметр сосуда уменьшается. Наиболее частой локализацией в нижней конечности является бедренная артерия- 41 (42,7%), затем подколенная артерия- 27 (28,1%), но также часто поражались две артерии и более- 28 (29,1%). В верхней конечности частой локализацией были плечевая артерия и артерии предплечья- 18(66,6%), подключичные и подмышечные артерии поражались в 9 (33,3%) случаях. Тактика обследования и лечения во многом зависела от степени ишемии, а также от сроков от начала заболевания. По степени ишемии больные распределялись следующим образом: ишемия 1 степени - 34 (27,6%), 2 степени - 86 (69,9%), 3 степени - 1 (0,8%), 4 степени- 2(1,6%); чаще всего - 2А стадия - 68 случаев (55,2 %). Сроки поступления пациентов в стационар от начала заболевания: 2-4 ч - 62 (50,4%), 4-12 ч -40 (32,5%), 12-24 ч - 16 (13%) и свыше 24 ч -5 (4%).

Результаты. Все пациенты оперированы в экстренном порядке через 1 - 2 ч после поступления. Первичная ампутация конечности - на уровне нижней трети бедра выполнена у 3-х пациентов - во всех случаях при 3Б стадии (сроки поступления всех этих пациентов были свыше 24 часов). Во всех остальных 77 случаях (94,2%) выполнялась открытая эмболэктомия. Послеоперационные осложнения в виде ретромбоза наблюдались у 7(5,6%) пациентов.

Выводы. В группе риска острой артериальной непроходимости находятся люди старше 60 лет, наибольший риск развития данной патологии у мужчин (1:2). Оперативное вмешательство, выполненное по экстренным показаниям, с соблюдением анатомических особенностей и вариантов локализации тромботических масс или эмболов обеспечивает хороший эффект и уменьшает сроки лечения. Ранняя клиническая диагностика с помощью ультразвукового дуплексного ангиосканирования больных позволяет выявить локализацию тромба или эмбола, а затем выбрать наиболее рациональный метод лечения, которое помогает избежать грозных осложнений.

Мауленов К.А., резидент 1 года обучения факультета послевузовского
ТАКТИКА ХИРУРГА ПРИ УКУШЕННЫХ РАНАХ ЛИЦА У ДЕТЕЙ
образования по специальности «Общая хирургия»

Научный руководитель: д.м.н., и.о. профессора Абдурахманов Б.А.
Южно-Казахстанская медицинская академия г. Шымкент, Казахстан
Кафедра общей хирургии

За последние годы отмечается рост количества детей с укушенными ранами лица. В США регистрируют 500-600 тыс. укусов в год. В Казахстане обращаемость населения за медицинской помощью по указанному поводу также высокая, по Туркестанской области (ЮКО) этот показатель в 2016 г. составил 5293 человек [1-4]. Укушенные раны лица приводят к серьезным анатомическим, функциональным и неврологическим нарушениям. Лечение детей с обширными укушенными ранами лица представляет собой актуальный и сложный раздел хирургии.

Цель. Изучение эпидемиологии, особенностей клиники укушенных ран лица у детей и оценка методов оказания качественной хирургической антирабической помощи и проведения адекватной антибиотикопрофилактики.

Материал и методы. В ходе работы нами было проанализировано 35 истории болезней детей с укушенными ранами лица в возрасте 0-17 лет, обратившиеся за амбулаторной помощью ЦАХиТГ ЮКО г.Шымкент за 2016 г. методом случайной выборки. Известно, что данный вид травмы сопровождается возможностью инфицирования вирусом абсолютно летального заболевания – бешенства. Основную роль в развитии гнойно-септических осложнений любых укушенных ран играет *Staphylococcus aureus* в монокультуре или в ассоциациях, частота их высевания из ран по нашим данным составило 57,8%. Реже выявляют грамотрицательные бактерии (в 19,6% случаев), а облигатные неспорообразующие анаэробы обнаруживают у больных с клиникой

анаэробной инфекции мягких тканей. Первичная хирургическая обработка укушенных ран лица у детей начиналась с тщательной обработки ран и окружающих тканей растворами слабых антисептиков (фурациллина, хлоргексидина и др.), остановки кровотечения, удаления инородных тел из раны. Свежие укушенные раны наружно обильно промывали мыльным раствором, так как хозяйственное мыло инактивирует вирус бешенства. ПХО укушенных ран лица у детей проводили так, чтобы получить наиболее совершенный эстетический результат. Профилактика бешенства проводилась согласно общепринятым схемам при подозрении на возможность заражения, что было отмечено в 18% случаев. Вакцинация против бешенства проводилась в 1-й же день обращения пациента за помощью с применением препаратов спеда, эквираб в виде внутримышечных инъекций в объеме 0,5 мл.

Результаты. В результате проведенного исследования установлено, что укушенные раны лица практически одинаково часто встречаются как у мальчиков (54,3%), так и у девочек (45,7%). Укушенные раны лица у детей в возрасте до 5 лет встречались в 14,3% наблюдениях, 15-17 лет – 28,6%, и наибольшая частота отмечена у детей в возрасте 6-14 лет – 57,1%, что, на наш взгляд, связано с отсутствием навыков обращения с животными. Большинство потерпевших обращалось за медицинской помощью своевременно в течение первых суток после травмы (86%). По локализации укушенные раны лица чаще всего встречались в области верхней (22,6%) и нижней (13,8%) губы, щеки (15,4%), скуловой области (9,1%), нескольких анатомических областей (17,3%). В большинстве случаев укусы нанесены собаками – 86,9%, кошками – 8,6% и в 3,6% наблюдениях другими животными. В течение 5 дней после получения травмы лица 98% детей имеют симптомы посттравматического стрессового расстройства, депрессию, нервное истощение. Эти признаки сохраняются у 82% пациентов в течение 1 месяца, у 44% – в течение года.

Выводы. 1. Учитывая высокую частоту и склонность укушенных ран лица к нагноению необходимым являются своевременные проведения мероприятий в виде ПХО ран с их тщательной антисептической обработкой и обязательным дренированием в комбинации с рациональной антибиотикотерапией.

2. Хирургическое лечение укушенных ран лица имеет свои особенности – ушивание ран должно быть послойным, с тщательным сопоставлением краев раны и краев естественных отверстий, с обязательным ушиванием мимических мышц.

3. Повсеместное проведение профилактических мероприятий с повышением культуры содержания домашних питомцев, контроль их разведения и снижение числа бродячих животных является залогом предотвращения укушенных ран.

Список литературы

1. Амбулаторная помощь детям из числа укушенных, оцарапанных и ослюненных любыми животными / В.Е.Поляков, Т.Н.Смирнова, С.И.Козакова, К.Дегтяр // Эпидемиология и инфекционные болезни. 2000. №3. С.56-58.

2. Петрович, Н.И., Мильгевич Т.Г., Стайнова О.П. Укушенные раны лица у детей/ Материалы XI ежегодного научного форума «Стоматология 2009». Инновации и перспективы в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. М.2009. С.294-296.

3. Приказ МЗ РБ от 22.02.1999г. №64 «О совершенствовании мероприятий по профилактике заболеваний людей бешенством»

4. Хирургическая тактика лечения и реабилитации детей с укушенными ранами лица и шеи/ А.В. Резникова и др. Московский центр детской челюстно-лицевой хирургии. 10 лет работы. Результаты, итоги, выводы / Под редакцией В. В. Рогинского. 2002. С.137-142

Оттебаев Б.А., резидент 1 года обучения факультета послевузовского образования по специальности «Общая хирургия»

ВИДЕОТОРАКОСКОПИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ

Научный руководитель: д.м.н., и.о. проф. Абдурахманов Б.А.
Южно-Казахстанская медицинская академия, г. Шымкент. Казахстан
Кафедра общей хирургии

Цель. Оценить диагностические возможности видеоторакоскопии при патологии органов грудной клетки и провести сравнительный анализ результатов видеоторакоскопических и открытых вмешательств в тактике лечения больных.

Материалы и методы. В отделении торакальной хирургии «Областной клинической больницы» за период с 2016 по 2017 гг. оперативное лечение по поводу различных заболеваний органов грудной полости произведены 272 больным в возрасте от 18 до 72 лет. Всем больным при поступлении и в период подготовки к оперативному лечению проведены общеклинические анализы крови, мочи, развернутая биохимия крови, коагулограмма, группа крови и резус фактор, также определяли ИФА на гепатиты В, С и ВИЧ. Из инструментальных методов обследования проведены рентгенография и компьютерная томография органов грудной полости, фибробронхоскопия, эзофагогастродуоденофиброскопия и по показаниям эхокардиография, УЗД вен нижних конечностей, УЗИ органов брюшной полости.

Видеоторакоскопические вмешательства (ВТВ) проведены 118 (43,4%) больным, традиционные вмешательства (ТВ) посредством торакотомии 154 (56,6%) пациентам. При этом 7 больным с подозрением на плеврит туберкулезной этиологии проведена ВТВ с санацией и эвакуацией экссудата, и взятие биопсии; у 12 пациентов с диагнозом «Неспецифический плеврит» проведены ВТВ удаление плеврита, взятие биопсии. Из 6 больных с подозрением опухолевое поражение плевры – у 5 проведена ВТВ, декортикация, плеврэктомия и у 1 больного – традиционная торакотомия. В 43 наблюдениях произведена операция видеоторакоскопия, ушивание булл миниторакотомным доступом с диагнозом буллезная эмфизема, осложненная

спонтанным пневмотораксом. Из 17 больных с диагнозом на периферическое доброкачественное новообразование легких – у 8 произведена видеоторакоскопическая операция с атипичной резекцией легкого вместе с опухолью, у 9 больных – традиционная операция с удалением опухоли. Из 68 больных с травмами и ранениями грудной клетки у 12 проведены видеоторакоскопия, удаление гемоторакса, остановка места кровотечения, санация и дренирование плевральной полости, у – 56 вмешательство проведено посредством традиционной торакотомии. У 4 пациентов из 5 с диагнозом новообразование средостения произведена операция видеоторакоскопия, удаление образования средостения, у 1 – путем традиционной торакотомии. Из 14 больных с диагнозом кистозная гипоплазия и бронхоэктазы – у 4 проведена ВТВ с атипичной резекцией легкого, у 10 – ТВ. Из 70 больных с диагнозом эхинококкоз легких – у 8 произведена ВТВ с эхинококкэктомией и ликвидацией остаточной полости, у 62 – традиционная торакотомия с последующей эхинококкэктомией.

Результаты. В послеоперационном периоде у 11 (9,3%) больных отмечены осложнения в виде гидроторакса, у 7(5,9%) – пневмоторакс, которые нивелированы проведением плевральных пункций и консервативных мероприятий. Установленные дренажные трубки из плевральной полости удалены на 3-е сутки после операции у 90 больных (76,3%), на 5-е сутки у 20 больных (16,9%) и на 7-е сутки у 8 больных (6,8%). Нагноение операционной раны отмечены у 2(1,7%) больных, в остальных наблюдениях отмечены заживление первичным натяжением. По результатам патогистологических исследований атипичные клетки выявлены у 7 (5,9%), клетки Пирогова-Лангханса – у 2 (1,7%). Летальных исходов в наших наблюдениях не было. Установлено, что применение видеоторакоскопии в дифференциальной диагностике таких патологических изменений позволяет в 95,4% случаев установить достоверный морфологический диагноз и сопровождается минимальным количеством осложнений. Доказано, что использование видеоторакоскопических вмешательств в лечении заболеваний органов грудной клетки позволяет минимизировать кровопотерю, сократить продолжительность операций, уменьшить длительность дренирования плевральной полости и пребывания больных в стационаре в сравнении с традиционной торакотомией. Проводимые разработки в перспективе позволяют разработать оригинальный алгоритм диагностических и лечебных мероприятий у пациентов с заболеванием органов грудной клетки, определяющий показания и хирургическую тактику на основе широкого использования видеоторакоскопии. Показано, что дифференцированная хирургическая тактика, предполагающая выполнение резекций легкого из торакоскопического или торакотомного доступа в зависимости от размеров и локализации патологического очага, позволяет улучшить непосредственные результаты лечения больных с периферическими образованиями легких в сравнении с традиционной тактикой открытых вмешательств.

Выводы. Сравнительный анализ косвенных данных травматичности перенесенной операции позволяет утверждать о менее выраженности хирургического стресса у больных после применения эндовидеохирургических технологий. Уровень качества жизни по всем показателям в группе торакоскопически оперированных больных в позднем послеоперационном периоде достоверно выше, чем в группе оперированных традиционным методом.

Рахматов Р.Б., 6-босқич

ЗАМОНАВИЙ СКЛЕРОТЕРАПИЯ УСУЛИНИНГ ОЁҚ ВЕНАЛАРИ ВАРИКОЗ КАСАЛЛИГИДА ҚЎЛЛАНИЛИШИ

Илмий раҳбар: Исомитдинов Б.Ш.

Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти. Ўзбекистон
Хирургик касалликлар ва реанимация кафедраси

Оёқ венакари варикоз касаллигини даволаш жуда долзарб ва ижтимоий аҳамиятга эгадир. Ушбу касаллик периферик томирлар касаллилари ичида жуда кенг тарқалган бўлиб индустриак ривожланган давлатларда 10-20% эркаклар ва 25-33% аёллар азият чекади (Жанжет Ж., 1997: Савелев В.С., 2008). Бундан ташқари варикоз касаллиги жудаям ёшариб бормоқда. Охирги 20 йилда касалликнинг учраши 16 ёшдан бошланмоқда. Бизнинг мамлакатда бу кўрсаткич ишга лаёқатли қатлам ўртасида 22% ни ташкил этади. Ушбу касаллик доимий функционал ва косметик характердаги шикоятлар билан кечиб, натижада инсонларнинг ҳаёт сифатини ёмонлашишига олиб келади. Ўз вақтида амалга оширилмаган тиббий ёрдам теридаги трофик бузилишлар хаттоки ўпка артеияси тромбоемболияси каби хавфли асоратлар билан яқунланади. Варикоз касаллиги билан касалланган беморлардаги косметик дефектнинг мавжудлиги инсон руҳиятига ҳам тасир ўтказмай қолмайди (асосан аёлларда).

Варикоз касаллигини даволаш тадбирлари консерватив, хирургик ва склеротерапия методларини ўз ичига олади. Юқоридаги саналган методларнинг ҳеч қайсиси варикоз касаллигини радикал даволашда универсал ҳисобланмайди.

Хозирги замон замонавий тиббиёт талабларини инобатга олган ҳолда максимал радикал ва минимал инвазив бўлиб ҳисобланган склеротерапияни қўллаш мақсадга мувофиқдир. Хирургик методлардан фарқли ўлароқ склеротерапияни амбулаторий шароитда қўллаш мумкин ва анестезия талаб қилмайди.

Тадқиқот мақсади. Оёқ веналари варикоз касаллигида склеротерапияни қўллаш усулларини оптималлаштириш.

Тадқиқот вазифалари.

1. Суюқ ва кўпикли склеротерапияни таққослама таҳлили.
2. Склеротерапия методи техникасини оптималлаштириш.

Тадқиқот материали ва услублари.

Тадқиқотимиз обекти сифатида 42 бемор иштирокида бўлиб 106 сеансда тугатилди. Шулардан 25 беморда 70 сеанс суюқ склеротерапия, 17 беморда 36 сеансда кўпикли склеротерапия бажарилди.

Веналар визуализациясини яхшилаш ва венага инексияни киришини контрол қилиш мақсадида 3,5 марта катталаштириб кўрсатадиган хирургик лупадан фойдаландик.

Тадқиқот натижалари.

1. Ўтказилган склеротерапия эффективлигининг асосий критерийси бўлиб кенгайган варикоз веналарининг йўқолишидир. 75% дан кўп варикоз кенгайган веналарнинг бартараф этилиши натижанинг яхши эканлигини кўрсатади. 75-50% қониқарли, 50% дан камлиги натижанинг ёмонлигини кўрсатади.

2. Суюқ склеротерапия амалиётида 60% беморларда яхши натижага эришилди

3. Кўпикли склеротерапияда эса 88% беморларда яхши натижа кузатилди.

Хулоса. Суюқ склеротерапия барча турдаги ретикуляр варикозларда эффектив ҳисобланади. Кўпикли склеротерапия эса нафақат ретикуляр балки диаметрис жиҳатдан каттароқ бўлган томирларда ҳам эффектив ҳисобланади. Склеротерапия амалиёти оптик анжомлардан фойдаланиб бажарилганда натижа мутлоқ самарали бўлади.

Рустамбек И.Ф., 5-курс, Шабанов А.А., 6-курс, Ташметов Э.Р., 7-курс, Кузиев С.К., 7-курс, Шлегель А.Ф., 7-курс

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД СТИМУЛЯЦИИ ОСТЕОГЕНЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАМЕДЛЕННОЙ КОНСОЛИДАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ

Научный руководитель: к.м.н., доц. Сагинов А.М.
НАО «Медицинский университет Караганды». Казахстан
Кафедра травматологии и ортопедии

Затяжное лечение больных с замедленной консолидацией переломов сопряжено со значительными временными и материальными затратами, что дает право поставить данное заболевание в группу дорогостоящих, трудоёмких, и социально-значимых патологий. Однако, несмотря на разнообразный выбор методик лечения, проблема лечения замедленной консолидации переломов до сих пор остается до конца не решенной.

Цель. Улучшение результатов хирургического лечения медленно консолидирующихся переломов костей голени.

Материалы и методы. На базе ОЦТиО имени профессора Х.Ж. Макажанова был разработан и апробирован малоинвазивный способ костной пластики медленно консолидирующихся переломов костей голени. Способ осуществляется путем многократного закрытого формирования каналов в соприкасающихся отломках частичной резекцией малоберцовой кости с последующей фиксацией. С целью стимуляции остеогенеза и обеспечения неподвижности отломков, в сформированные каналы костные

аутооттрансплантаты, взятые с малоберцовой кости, вводят закрыто. Данным способом на базе ОЦТиО им. Проф. Макажанова с 2016 по 2018 годы прооперировано 6 больных. Распределение больных по полу: мужчин – 4, женщин – 2. Средний возраст пациентов согласно составил 47 лет (минимальный возраст 35 лет, максимальный – 68). Результаты лечения оценивались по рентгенологическим снимкам через сутки, 3, 6, 12 месяцев и по клиническим данным.

Результаты. У всех пациентов наступила консолидация перелома в сроки от 3 до 6 месяцев после операции. У одного больного на контрольном приеме был диагностирован спицевой остеомиелит выше места перелома. Последующем больному была произведена фистулэктомия. В дальнейшем без случаев рецидива. Касательно клинических данных опороспособность восстановилась у 5 пациентов, у одного имелась небольшая болезненность при ходьбе. Также у 2 из 6 больных отмечалось укорочение конечности из-за предыдущих оперативных вмешательств.

Выводы. Разработанный метод позволяет рациональное использование малоинвазивного способа стимуляции консолидации переломов костей, что дает улучшение результатов лечения этой категории больных, сокращение пребывания больного в стационаре и сокращение сроков лечения.

Серикова Г.Б., 3-курс, Аппазов Д.М., 3-курс

РЕГЕНЕРАЦИЯ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ШОВНОГО МАТЕРИАЛА И ТЕХНИКИ НАЛОЖЕНИЯ

Научный руководитель: д.м.н., проф. Алмабаев Ы.А.

АО НМУ имени С.Д. Асфендиярова

Курс клинической анатомии

Поиск и совершенствование методик по выполнению сосудистого шва продолжают и связаны в основном с механистическим подходом к проблеме, а именно - с четким сопоставлением слоев сшиваемых отрезков сосудов без учета особенностей регенерации сосудистой стенки различных по гистологическому строению типов сосудов в зоне выполнения анастомоза.

Цель. Изучить технику и вид шовного материала используемые в сосудистой хирургии и их роль в регенерации.

Задачи:

1. Изучить историю развития техники наложения сосудистых швов
2. Провести сравнительный анализ механического и ручного сосудистого шва и их влияние на регенерацию
3. Исследовать технику наложения сосудистых швов при пересадке органов и выбор оптимального шовного материала

Первую успешную попытку ушивания боковой раны артерии осуществили в 1759 г. английские хирурги Hellowel и Lambert по поводу аневризмы плечевой артерии. Это практически казуистическое наблюдение знаменательно своим новаторством - воплощением идеи сберегательного

лечения. Артерия в нагноившейся ране, скорее всего, затромбировалась, а жизнеспособность конечности сохранилась за счет коллатерального кровообращения [1]. К середине XIX в. хирургия повреждений сосудов прошла определенный путь, хотя в целом еще находилась в стадии накопления знаний, однако уже описывались единичные случаи лечения ранения артерий сосудов и многочисленные эксперименты с неизбежным тромбозом сосудов. Следует отметить русского исследователя Н.В. Экка, который в 1877 г. впервые в мире (в эксперименте на собаках) наложил фистулу - выполнил анастомоз «бок в бок» между двумя кровеносными сосудами - воротной и нижней полых венами [2]. В конце XIX - начале XX в. стали появляться сообщения об успешных случаях восстановления поврежденных сосудов у человека. В 1882 г. М. Шеде, а в 1886 г. М.В. Орлов наложили швы на рану подколенной артерии, поврежденную во время операции [3]. А в 1894 г. Г.Ф. Цейдлер наложил пристеночный шов на подколенную вену. В 1895 г. В.Г. Цеге фон Мантейфелю удалось зашить дефект бедренной артерии после удаления аневризмы. Через 4 года он же успешно зашил обширную рану нижней полых вены [4]. К началу XX в. техника сосудистого шва была достаточно разработана, а принципиальные преимущества восстановления сосуда перед перевязкой стали очевидными. В 1902 г. А. Каррель впервые разработал и успешно применил на практике циркулярный шов сосуда: после мобилизации и выключения из кровотока проксимального и дистального отделов сосуда при помощи специальных зажимов оба конца последнего прошивают через все слои тремя направляющими швами-держалками, располагающимися на равном расстоянии друг от друга. При наложении сосудистого шва швы-держалки растягивают так, чтобы линия соприкосновения концов сосудов имела форму треугольника [5]. В 1912 г. А. Каррель получил Нобелевскую премию «За признание работы по сосудистому шву и трансплантации кровеносных сосудов и органов». В этот же период времени разрабатываются и совершенствуются другие способы и модификации циркулярного шва для восстановления целостности сосудов. Среди них наиболее удачной оказалась техника сосудистого шва, предложенная в 1909 г. А.И. Морозовой, которая, по сути, упростила методику шва А. Карреля [6]. Позже в 1967 году J. Cobbett разработал методику асимметричной биангуляции, чтобы уменьшить возникающую опасность сквозного прошивания: в этом случае подлежащая полуокружность анастомоза растягивается в большей степени, чем противолежащая, и эффект уплощения сосуда выражен меньше [7]. В сердечно-сосудистой хирургии к шовному материалу предъявляют особые требования, поскольку он функционирует в условиях реактивной среды организма – крови. Для этих материалов на первое место выходит такое свойство, как гемосовместимость – они не должны оказывать гемолитического или тромбогенного воздействия при контакте с кровью. Кроме того, шовный материал не должен выступать в просвет сосуда и соприкасаться с протекающей кровью, с тем, чтобы не адсорбировать на своей поверхности ее форменные элементы и не вызывать тромбообразование, однако, как показывает опыт, не допустить проникновение шовного материала

в просвет сосуда практически невозможно [8,9]. Нарушение целостности участка эндотелия артерии пациента в области шва и наличие нити, выступающей в просвет сосуда, превращают зону анастомоза в очаг тромбообразования через адгезию и агрегацию тромбоцитов, которые происходят в первые минуты контакта с кровью. Во-вторых, концы сшиваемых сосудов должны соприкасаться только внутренними оболочками во избежание попадания в кровоток тромбопластина – начального фактора свертывания крови. В-третьих, шов не должен суживать просвет сосуда в месте анастомоза (для предупреждения стеноза и тромбоза); необходима полная герметичность по линии анастомоза, ареактивность к материалу крови и тканей [10].

Развальцовка на втулках сосудосшивающего аппарата концов сосуда, как показали эксперименты с использованием механического и комбинированного швов, автоматически предохраняет от ротации по оси сшиваемые сосуды.

Результаты экспериментов показали, что независимо от вида шва непроходимость концевых артериальных анастомозов отмечались преимущественно впервые 1-2 недели после операции (табл.1).

Таблица 1

Сроки наблюдений и проходимость артериальных анастомозов, сформированных ручным, механическим и комбинированным швами (n=105)

Сроки наблюдений	Ручной шов n=50		Механический шов n=30		Комбинированный шов n=25	
	проходим	непроходим	проходим	непроходим	проходим	непроходим
1-3 дня	10	2	6	1	5	1
7-10 дней	10	2	6	1	4	1
1 мес.	9	1	5	-	5	-
3 мес.	8	-	6	-	5	-
6 мес.	7	-	5	-	4	-
Всего	45	5	28	2	23	2

В хирургической практике важна не только техника, но и выбор шовного материала. Шовный материал – общее название разнообразных материалов (нитей, игл), используемых для соединения тканей или перевязки сосудов.

По структуре нити различают: монофиламентные и полифиламентные. В тоже время полифиламентные нити делятся на крученые нити, плетенные нити, комплексные нити.

По способности к биодеструкции все шовные материалы делят на рассасывающиеся, условно рассасывающиеся, и нерассасывающиеся.

К рассасывающимся относят: кетгут, полисорб, и т.д.

К условно рассасывающимся относят: шелк.

К нерассасывающимся материалам относят: лавсан, стальная, платиновая проволоки, материалы на основе хлопка, льна и т.д.

К современному шовному материалу предъявляют требования:

1) Биологическая совместимость с тканями пациента. Любой шовный материал является инородным телом для организма с присущим ему антигенными и реактогенными свойствами, поэтому очень важно, чтобы внедряемая в ткани хирургическая нить не вызывала развитие воспалительной реакции.

2) Современный шовный материал должен обладать свойствами биодegradации, т.е. способностью к рассасыванию и полной элиминации из организма. Однако время биодegradации не должно опережать сроки формирования прочного соединительного рубца. Исключение составляют нерассасывающиеся материалы, которые используют для сопоставления плохо заживающих тканей, например, при установке протезов или восстановлении целостности апоневроза.

3) Хирургические нити должны быть максимально атравматичными. Известно, что при протягивании нити через ткани возникает «эффект

пили», который приводит к травме ткани и ее воспалению. Для предупреждения развития данного эффекта большинство плетеных нитей выпускают со специальным полимерным покрытием, образующим гладкую

поверхность и облегчающим скольжение нитей. Монофиламентные нити практически лишены пилящего эффекта, однако имеют более упругую структуру и требуют наложения большего числа узлов.

4) Важным свойством хирургической нити является ее механическая прочность. Чем прочнее нить, тем меньший ее диаметр можно применить в работе и, следовательно, снизить количество шовного материала в тканях и степень воспалительной реакции на него.

5) Учитываются манипуляционные свойства нити, которые определяются ее эластичностью и гибкостью. Работать с жесткими тканями хирургу труднее, что приводит к травмированию тканей. Помимо этого, при возникновении отека тканей в послеоперационном периоде эластичные нити способны растягиваться, а неэластичные, напротив, глубоко врезаются в ткани.

В настоящее время наиболее широкое распространение в хирургической практике имеют рассасывающиеся полифиламентные материалы. Типичными представителями таких нитей являются: полисорб (производство фирмы AutoSuture), викрил (Ethicon), дексон (Davis&Geck) и дарвин (ErgonSutramed), софил (B.Braun). Группа синтетических полифиламентных нитей имеет следующие особенности:

- высокую механическую прочность, которая, например, у полисорба по данному показателю превышает викрил в 1,5 раза и кетгут в 3 раза;
- низкую реактогенность;

- хорошие манипуляционные свойства и удобство в использовании для хирурга;

- оптимальные сроки рассасывания нитей в тканях. Виксон, викрил и дарвин теряют 70-80% своей прочности к исходу 2-й недели, полисорб – на 3-й неделе.

Выводы. Таким образом, выбор идеального шовного материала остается нерешенной и социально-значимой проблемой в сердечно - сосудистой хирургии. Несмотря на разнообразие предложенных модификаций, в настоящее время на рынке отсутствует шовный материал с антитромботической модификацией, который позволил бы снизить риск тромбоза в зоне сосудистого анастомоза. Проводя сравнительный анализ ручного, механического и комбинированного швов, следует подчеркнуть, что проходимость анастомозов, сформированных этими швами, приблизительно одинакова, также эти швы могут применяться для сшивания кровеносных сосудов разного калибра. Именно поэтому в ангиохирургии имеет место применение всех этих швов. В трансплантологии при выборе шовного материала предпочтение хирургов падает на полифиламентные нити, что касается техники соединения сосудов врачи исходят из каждой конкретной ситуации.

Список литературы

1. Штейнле А.В. От лигатурного лечения до реконструктивной ангиохирургии (к 250-летию сосудистого шва) // Бюллетень сибирской медицины. 2010.
2. Звягин Л.М., Яицкий Н.А., Гриценко В.В., Соськин И.Н., Кузнецов С.В. К 100-летию первых разработок техники сосудистого шва отечественными хирургами // Вестн. хир.. 2009
3. Штейнле А.В. История лечения повреждений магистральных артерий с XVII века до Второй мировой войны. // СМЖ. 2008.
4. Идигов А.М., Гудков А.В., Семичев Е.В., Бушланов П.С. От первого сосудистого шва к реконструктивно-восстановительной хирургии при патологии сосудов почек // Бюллетень сибирской медицины. 2017.
5. Затевахин И.И., Цициашвили М.Ш., Золкин В.Н., Матюшкин А.В. Наследие Н. И. Пирогова и сосудистая хирургия // Вестник РГМУ. 2010.
6. Подзолков В.П., Дробот Д.Б. Исторические аспекты хирургических вмешательств на клапанах сердца // Сибирское медицинское обозрение. 2004.
7. Ацентьева Т.Н, Кудрявцева Ю.А. Аспекты выбора и модификации хирургического шовного материала // МвК. 2014.
8. Хлопонин П.А., Маркво Л.И., Патюченко О.Ю. Проблемы гистогенеза и регенерации сердечной, гладкой и скелетной мышечных тканей в трудах ростовских гистологов // Журнал фундаментальной медицины и биологии. 2014.
9. Севостьянова В.В., Миронов А.В., Глушкова Т.В., Бураго А.Ю., Матвеева В.Г., Антонова Л.В., Кудрявцева Ю.А., Сейфалиан А.М., Барбараш О.Л., Барбараш Л.С. Регенерация кровеносного сосуда на основе графта из поликапролактона в экспериментальном исследовании // СМЖ. 2016.

10. Технические аспекты микрососудистого шва Щудло Н.А., Добрушкин А.М., Прудникова О.Г., Мещерягина И.А., Степанян А.Б., Шамара А.В.
11. Rich W.M., Spencer F.C. Vascular trauma.-Philadelphia, 1978.-428 p.

Тураева М., 5-курс

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ КОГНИТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ

Научный руководитель: асс. Болтаев Э.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.

Узбекистан

Кафедра хирургических болезней, реанимации и анестезиологии

Общая анестезия может быть причиной возникновения в послеоперационном периоде повреждений ЦНС, одной из главных причин нарушения когнитивных функций после операции считают нейротоксическое действие общих анестетиков на ЦНС. Частота послеоперационной когнитивной дисфункции (ПОКД) по данным разных авторов составляет в среднем 36,8-47%.

Цель. Изучить влияние общей анестезии на когнитивные функции в послеоперационном периоде.

Материалы и методы. Нами с целью изучения состояния когнитивных функций в послеоперационном периоде после различных операций в условиях общей анестезии проведено исследование 109 больных (39 женщин и 70 мужчин) с неотягощенным неврологическим и психосоматическим анамнезом. Возраст больных варьировал от 17 до 73 лет. Из них 101 больным вводный наркоз проведен кетаминотом из расчёта 2 мг/кг веса, базис наркоз фентанил с дроперидолом, 8 больным проведено спинальная мозговая анестезия. Проведено стандартизированное неврологическое обследование, нейропсихологическое тестирование (краткосрочной памяти, внимания, умственной работоспособности, интеллектуальной лабильности). Все больные получали стандартную предоперационную подготовку, премедикацию и интенсивную послеоперационную терапию в соответствии с заболеванием, по поводу которого производилось оперативное вмешательство. Во время анестезии у всех больных отмечалась стабильная гемодинамика, показатели пульсоксиметрии были в пределах нормы.

Результаты. При тестировании когнитивных функций у наблюдаемых пациентов в послеоперационном периоде ПОКД отмечена у 47 больных (женщин -28, мужчин -19), что составляет 43%, (женщин -60%, мужчин -40%).

Среди врачей из 32 у 18 отмечено ПОКД что составляет 50%, студентов из 16 больных у 8 отмечено ПОКД что составляет 50%, учителей из 5 больных у 3 отмечено ПОКД что составляет 60%. Среды рабочих из 6 больных у 2 отмечено ПОКД что составляет 33,3%, не работающие и пенсионеров из 50 больных 18 отмечено ПОКД что составляет 36%. Таким образом общая

анестезия оказывает негативное влияние на состояние когнитивных функций у пациентов с неотягощенным психоневрологическим анамнезом.

Выводы. Полученные нами результаты настоящего исследования позволили выявить возникновение и распространенности ранней ПОКД у пациентов всех возрастных групп. Мы считаем, что проблема ранней ПОКД у трудоспособного населения нуждается в дальнейшем разрешении, в том числе включение в лечебно-диагностических алгоритмов работы консультанта-невролога в периоперационном периоде.

Хайруллина Л.Х., 5-курс, Сайфеева А.А., 5-курс

ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ДРЕНИРОВАНИЯ КЛЕТЧАТОЧНЫХ ПРОСТРАНСТВ МАЛОГО ТАЗА, СВЯЗАННЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Научный руководитель: к.м.н., доц. Баширов Ф.В.

Казанский государственный медицинский университет. Российская Федерация
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

В настоящее время количество оперативных вмешательств при травмах мочевого пузыря составляет 2% от всех абдоминальных повреждений, требующих проведения хирургического лечения. Разрывы мочевого пузыря встречаются значительно реже - в 14-33% случаев, чем тупые или проникающие травмы - в 67-86%. Самой распространенной причиной повреждения мочевого пузыря являются дорожно-транспортные происшествия (90% случаев). Во время автомобильной аварии ударная сила передается через ремень безопасности. Чем больше наполнен мочевой пузырь, тем выше процент травмы. Наличие рубцов на стенке пузыря увеличивает риск разрыва.

Нередко встречаются ятрогенные повреждения мочевого пузыря. Статистические данные указывают на то, что в 85% случаев повреждение происходит при открытых операциях на брюшной полости и малом тазу (резекция кишки, дивертикулит, злокачественные новообразования), в 9%-во время операций на влагалище и в 6% во время лапароскопических вмешательств. Наиболее часто ятрогенные повреждения происходят при акушерских/гинекологических вмешательствах (52-61% случаев), урологических (12-39%) и общехирургических (9-26%).

Методы дренирования боковых клетчаточных пространств подбрюшинного этажа таза:

Операция начинается с разреза Кромптона-Пирогова параллельно паховой связке и на 3-4 см выше нее. Разрез проходит от передней верхней ости подвздошной кости до наружного края прямой мышцы живота. После рассечения широких мышц живота и поперечной фасции отслаивают брюшину и вскрывают затек в подвздошной ямке. Продолжая отслаивать брюшину по направлению к малому тазу, попадают в боковое клетчаточное пространство таза.

Для адекватного дренирования бокового клетчаточного пространства необходимо сделать дополнительный промежностный разрез (контрапертуру). Радиальным разрезом вскрывают седалищно – прямокишечную ямку, после чего тупым инструментом (изогнутым длинным зажимом Бильрота) расслаивают сухожильную дугу m. levatorani (способ Крайзельбурда) и проникают в боковое пристеночное клетчаточные пространства малого таза. Через промежностный разрез и разрез передней брюшной стенки проводят дренажные трубки для оттока мочи и введения антисептиков.

Способы дренирования околопузырного пространства:

1) Дренирование тазовой клетчатки по Буяльскому-Мак-Уортеру.

Больного укладывают в положение лежа на спине с разведенными и согнутыми в коленных суставах конечностями. Делают разрез длиной 8-9 см по внутренней поверхности бедра над возвышением тонкой и длинной приводящей мышц, отступя на 3-4 см от бедренно-промежностной складки. Пересекают короткую приводящую мышцу бедра, обнажают наружную запирающую мышцу. Проникают в околопузырную клетчатку. Через разрезы вводят дренажные трубки. Раны послойно зашивают до дренажа.

2) Дренирование тазовой клетчатки по Куприянову. Через нижний срединный разрез корнцанг проводят между боковой стенкой мочевого пузыря и медиальным краем мышцы, поднимающей задний проход, проникают через мочеполовую диафрагму, кожу рассекают у нижнего края ветви лобковой кости. Через рану захватывают и проводят дренажную трубку.

Дренирование мошонки:

Под местным инфильтрационным обезболиванием продольным разрезом вскрывают все полости мочевой инфильтрации в зоне флюктуации, опорожняют, промывают антисептическими растворами и тампонируют. Рану ведут открытым способом со сменой турунд с гипертоническим раствором и антибактериальными мазями.

Дренирование забрюшинного клетчаточного пространства:

1) Первый способ заключается в том, что после проведения лапаротомии происходит внедрение в сальниковую сумку через желудочно-ободочную связку. С нижнего края поджелудочной железы рассекают париетальную брюшину в том числе и передний листок фасции панкреатодуоденального комплекса. Поджелудочная железа отслаивается от подлежащей клетчатки. Далее по задней линии в правой боковой области живота на уровне XII ребра рассекают забрюшинную фасцию, после чего попадают в переднее околоободочное клетчатое пространство. Через контрапертуру тупым путем, а именно пальцами делают канал в области двенадцатиперстной кишки под нисходящим отделом до места расположения поджелудочной железы. В это ложе вводится дренажная трубка. Следующий этап заключается в том, что через контрапертуру правой области живота в боковой ее части, проводится другая дренажная трубка в околоободочное пространство. Трубка вводится до проекции поджелудочной железы. Такую же контрапертуру создают на левой боковой области живота, где и устанавливается дренажная трубка.

2) Второй способ заключается в следующем:

Вначале проводится цветное ультразвуковое картирование крупных сосудов, а также органов в области поясницы. Под контролем цветного картирования проводится местная инфильтрационная анестезия, которая проходит в точке пересечения длинной мышцы спины и XII ребра. Пункционная игла продвигается в очаг, расположенный в забрюшинном пространстве. Далее хирург берет остроконечный скальпель и рассекает кожу, чтобы в дальнейшем ввести троакарную иглу с дренажной трубкой в очаг затека. После введения иглы с дренажом удаляется мандрен, дренаж фиксируется на коже.

Список литературы

1. Н.А. Лопаткин "Руководство по урологии" Т.3.М: Медицина, 1998.- 672 с.
2. А.В. Николаев "Топографическая анатомия и оперативная хирургия". - М.: 2007. - 784 с.
3. Б.К. Комяков "Урология". - 2012. - 464 с.

Хамроев Х.Н., магистрант, 2-курс

ВЛИЯНИЕ ДИФFUЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ НА ТЕЧЕНИЕ И ПРОГНОЗ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Научный руководитель: д.м.н., доц. Уроков Ш.Т.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.
Узбекистан

Кафедра хирургических болезней, реанимации и анестезиологии

Цель. Повысить эффективность хирургического лечения при механическом шоке, вызванном хроническими диффузными заболеваниями печени.

Материалы и методы. В основу работы положен анализ течения МЖ у 74 больных. Основную группу составили 40 больных с МЖ на фоне ВГ. В контрольную группу вошли 34 больных без сопутствующего ВГ. Для оценки прогноза заболевания анализировались клинические данные (сроки желтухи, наличие и характер сопутствующих заболеваний, возраст). Статистическая обработка материала проводилась с использованием программного продукта «Statistica5.5». Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез $p < 0,05$.

Результаты. Больные исследуемых групп были сопоставимы по полу и возрасту. Так в основной группе мужчин было 21 (52,5%), женщин - 19 (47,5%), ($p > 0,05$). Средний возраст больных основной группы составил (60,1+10,5) лет, а в контрольной - (60,8+10,7) ($p > 0,05$). Основное количество больных с МЖ в обеих группах относилось к возрастным промежуткам 45-59 и 60-74 лет или по классификации ВОЗ к лицам среднего и пожилого возраста. При изучении эпидемиологии ВГ у больных МЖ установлено, что подавляющее большинство больных основной группы страдали ВГ В (67,5%). При этом в 30 (75%) наблюдениях больные поступали с уже установленным ранее диагнозом. В 10 (25%) наблюдениях гепатит был выявлен впервые. В ходе исследования, для

удобства анализа полученных результатов мы использовали предложенную Э.И. Гальпериным и соавт. классификацию уровней билиарной обструкции. Наблюдалось преобладание частоты случаев низкой локализации опухолевых стриктур в обеих группах (74,5% в основной и 80,3% - в контрольной, при $p > 0,05$). Сроки МЖ у больных основной группы статистически значимо превышали сроки МЖ в контрольной и составляли: в основной группе медиана соответствовала 7-м суткам (25-й перцентиль равнялся 3-м суткам; 75-й перцентиль 14-м суткам), в контрольной - она была меньше и составляла 5 суток (25-й перцентиль равнялся 3-м суткам; 75-й перцентиль 7 суткам) ($p < 0,05$). К моменту операции сроки МЖ среди больных основной группы составляли: медиана 18 сут. (25-й перцентиль 12,5 сут.; 75-й перцентиль 28,5 сут.). В контрольной группе медиана составила 12 сут. (25-й перцентиль 10 сут.; 75-й перцентиль 16 сут.) ($p < 0,05$). Более поздние сроки оперативного лечения в основной группе были связаны с трудностями дифференциальной диагностики желтух у больных с сочетанной патологией (МЖ и ВГ). При изучении особенностей преджелтушного периода отмечено более раннее появление жалоб у больных МЖ на фоне ВГ в сравнении с больными контрольной группы. Так, срок от появления первых жалоб до проявления симптомов холестаза (иктеричность кожи и слизистых, потемнение мочи, осветление каловых масс) в основной группе составил: медиана равнялась 8 суткам (25-й перцентиль равнялся 3-м сут.; 75-й перцентиль — 14 сут.); в контрольной - медиана равнялась 3-м суткам (25-й перцентиль равнялся 3-м сут.; 75-й перцентиль - 14 сут.) ($p < 0,05$). При этом наиболее ранними проявлениями заболевания у больных основной группы были признаки астеновегетативного синдрома (28 наблюдений у больных основной группы и 15 случаев среди больных контрольной, при $p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, течение МЖ злокачественного генеза на фоне сопутствующего диффузных заболеваний печени имеет клинические особенности и характеризуется более частыми осложнениями.

Холикова М.А., 3-курс

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЁЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ ПОВЫШЕННОГО ОПЕРАЦИОННОГО РИСКА

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни
Сино. Таджикистан

Научный руководитель: к.м.н., доц. Кобилов К.К.

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

Среди всех больных с острым холециститом пациенты повышенного риска составляют, по данным разных авторов, от 26,4 до 66% [1,3]. Как правило, это больные пожилого и старческого возраста, которые в соответствии с классификацией физического состояния, принятой Американским обществом анестезиологов (ASA), относятся к IV и V классам. Летальность при

выполнении экстренных и срочных оперативных вмешательств в этой группе больных по поводу острого холецистита достигает, по данным некоторых авторов, 45,1% [2,3,5]. В настоящее время одним из способов избежать крайне рискованного оперативного вмешательства, выполняемого под общей анестезией и при этом, по возможности, быстро купировать воспалительный процесс, является применение чрескожной-чреспечёночной пункции желчного пузыря под ультразвуковым контролем с целью декомпрессии и санации желчного пузыря [2,5].

Цель исследования. Улучшение результатов лечения ОКХ у больных повышенного операционного риска.

Материалы и методы. Нами обследованы 68 пациентов, которые поступили в хирургическое отделение МСЧ ГУП ТАЛКО с 2008 по 2017 г. в экстренном порядке с диагнозом «острый калькулёзный холецистит». Все больные, включённые в исследование, по шкале ASA, оценивающей их физическое состояние, относились к III, IV и V классу. При этом к III классу по ASA относились 36 пациентов, к IV классу – 24, а к V классу - 8. Мужчин было 22 (32,35%), женщин - 46 (67,64%), средний возраст больных составил $76,3 \pm 6,3$ года. Длительность острого периода заболевания варьировала от 73 до 120 часов. Наиболее часто встречающейся сопутствующей патологией у больных были ИБС, гипертоническая болезнь III стадии, стенокардия II–III ФК, постинфарктный кардиосклероз, мерцательная аритмия, бронхиальная астма, перенесённые ранее острые нарушения мозгового кровообращения и сахарный диабет. Для оценки тяжести состояния, прогноза и риска оперативного вмешательства нами использовались шкала SAPS II и шкала POSSUM. Всем больным применяли стандартный алгоритм обследования, включающий клиничко-лабораторные исследования и УЗИ брюшной полости, которое выполнялось в течение первых 2–3 сут. Всем 68 пациентам после постановки диагноза проводили консервативное лечение. Из них 36 пациентам выполнено хирургическое лечение, которое было начато с санационно-декомпрессионных пункций желчного пузыря под контролем УЗИ.

Результаты и их обсуждение. У всех больных при объективном осмотре определялись признаки острого холецистита, при этом симптомов разлитого перитонита не отмечалось, что давало нам возможность воздержаться от экстренной операции и начать консервативную терапию. Клинический диагноз у большинства пациентов подтверждался лабораторными показателями. При оценке интегральных показателей тяжести состояния, прогноза и риска оперативного вмешательства получили следующие данные (табл. 1).

Интегральные показатели тяжести состояния больных с острым холециститом по шкале SAPS-II и POSSUM (M±m)

Таблица 1

Шкала SAPS II		Шкала POSSUM	
Сумма баллов	Летальность	Послеоперационная летальность %	Послеоперационные осложнения %
27,3±5,3	9,8±4,9	8,2±2,9	49,2±5,9

Ожидаемая летальность составила $9,8 \pm 4,9\%$, а послеоперационные осложнения могли развиваться в $49,2 \pm 5,9\%$. Наряду с оценкой клинической картины и лабораторных показателей, особое внимание в диагностике и постановке показаний к хирургическому лечению острого холецистита мы уделяем динамическому ультразвуковому исследованию, при котором получили следующие данные (таб.2).

Результаты динамического УЗИ желчного пузыря

Таблица 2

Показатели	При поступлении (68 больных)	Первые сутки после поступления	
		1-я группа, n=32	2-я группа, n=36
Объем, мл	$94,6 \pm 7,4$	$68,7 \pm 8,1$	$116,6 \pm 8,1$
Поперечный размер, см	$5,2 \pm 0,4$	$4,4 \pm 0,6$	$5,9 \pm 0,6$
Толщина стенки, мм	$6,8 \pm 0,8$	$4,5 \pm 0,5$	$8,0 \pm 0,5$
Слоистость стенок, %	84,7	31	85

Как видно из таблицы, при контрольном УЗИ, которое было выполнено в течение последующих 2 сут. после поступления, среди больных выделены две группы. В 1-й группе (32 пациента) отмечался регресс воспалительных изменений желчного пузыря, во 2-й группе (36 пациентов) не только не было улучшения, а даже иногда ухудшалась ультрасонографическая картина, что выражалось в среднем увеличении объема желчного пузыря до $116,6 \pm 8,1$ мл и его поперечного размера до $5,9 \pm 0,6$ см. В лечении 32 пациентов, у которых при проведении консервативной терапии отмечалось улучшение состояния больных, нормализация клинико-биохимических показателей и положительная динамика при ультразвуковом исследовании желчного пузыря, мы ограничивались консервативной терапией. Ухудшение ультрасонографической картины, нарастание деструктивных изменений в стенке желчного пузыря мы отмечали у 36 пациентов. У них помимо консервативной терапии, применялись микрохолецистостомия (МХС) под контролем УЗИ. Изменение параметров ЛИИ и ПТ указывало на наличие выраженной эндотоксемии у больных МХС. У 28 больных МХС оказалось эффективным. На третьи сутки у этих пациентов (n=28) после МХС отмечалось снижение уровня указанных показателей в 2-3 раза (до МХС: ЛИИ- $6,2 \pm 0,8$; ПТ- $15,2 \pm 1,8$; после ЛИИ- $2,8 \pm 1,4$; ПТ- $24,3 \pm 2,3$). Воспалительные явления были полностью купированы, и больные выписаны в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение. У 8 пациентов произведена операция, показания к операции были связаны с отсутствием положительной динамики при контрольном УЗИ и нарастание параметров

интоксикации после МХС. Из 36 больных, у которых консервативное лечение оказалось неэффективным, летальный исход отмечался в 2 (5%) случаях.

Выводы. Таким образом, интегральные шкалы SAPS- II и POSSUM позволяют обоснованно выделить группы больных с высоким операционным риском и помогают в определении тактики и выборе метода лечения острого холецистита. Высокий риск послеоперационной летальности и большая вероятность развития послеоперационных осложнений заставляют на начальном этапе воздерживаться от радикальных оперативных вмешательств при отсутствии перитонеальных симптомов.

Список литературы

1. Иванов. В.А. Роль и место лапароскопической холецистэктомии в лечении острого деструктивного холецистита у больных с высокой степенью операционно-анестезиологического риска. / Материалы 3 Международного конгресса по эндохирургии. - Москва - 1999. - С. 119-120.
2. Мирошников Б.И., Балабушкин И.А., Светловидов В.В. Чрескожная пункция желчного пузыря и микрохолецистостомия под контролем эхографии при остром холецистите // Вестн. хир.-1993.-№ 3-4.-С. 18-21.
3. Назаров Ф.Н. Особенности лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите. /Назаров Ф.Н. Ходиев Ш.И. // Эндоскопическая хирургия.-2012.-№2.-23с.
4. Adedeji O.A., McAdam W.A. Murphy's sign, acute cholecystitis and elderly people // J. Royal College of Surgeons of Edinburgh.-1996.-Vol. 41, №2.-P. 88-89.
5. Borzellino G. Sauerland S., Minicozzi AM Laparoscopic cholecystectomy for severe acute cholecystitis 1 A metaanalysis of results Surg.1. Endosc. 2008; 22(1): 8-

Шарипова Д.Ш., 3-курс

ПРИЧИНЫ НАГНОЕНИЯ КУЛЬТИ ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ НА УРОВНЕ ГОЛЕНИ И ПУТИ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПРИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Научный руководитель: асс. Рахимов А.Я.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.
Узбекистан

Кафедра общей хирургии

Цель. Улучшение результатов лечения после операционных гнойно-некротических осложнений ампутированных больных на уровне голени сахарным диабетом при критической ишемии нижней конечности путем определения причину осложнений и её профилактики.

Материалы и методы. Изучены данные 49 больных транскутанной оксиметрии (trcO_2) и микрофлоры из биоматериала взятой во время операции от мышечной ткани m. Soleus ампутированного конечности по поводу критической ишемии нижней конечности тяжелой степени.

Результаты. Исследования показали, что у больных оперированных по поводу критической ишемии нижней конечности тяжелой степени, уровень гипоксии ткани по показателям $trcO_2$ были прямо пропорциональны с клинической картиной заболевания. При операциях на уровне голени по Митиш, необходимо определить пред операцией данные транскутанной оксиметрии ($trcO_2$) и микрофлору, сделать бактериологический посев из ткани камбаловидной мышцы, для определения дальнейшего целенаправленного лечения.

Выводы. Ампутация на уровне голени по Митиш при СДС хотя является современным методом лечения, но нагноение послеоперационной культы встречается до 8,2%. При гнойных осложнениях после ампутации на уровне голени у больных СДС с критической ишемии нижних конечностей ключевой роль играет как эндогенное инфицирование ложа культы предоперационном периоде, так и уровень гипоксии дистальной части культы. Нагноение культы СДС с критической ишемии нижних конечностей встречается у больных с показателями дистальной части культы $trcO_2$ ниже 20 мм.рт.ст. Для профилактики гнойных осложнений у ампутированных больных на уровне голени СДС с критической ишемии нижних конечностей необходимо интраоперационная санация ложа раны и определить уровень ампутации с учетом показателей $trcO_2$ ткани голени.

6-СЕКЦИЯ. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПАТОЛОГИИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

Абдусаметова А.Е., интерн, 7-курс, Юлдашов А.А., интерн, 7-курс
КОРРЕКЦИЯ УСТАЛОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ

Научный руководитель: к.м.н., доц. Искандирова Э.Д.
Международный Казахско-Турецкий университет им. Х.А.Ясави. Республика
Казахстан
Кафедра терапии

Количество пациентов с различными заболеваниями печени увеличивается каждый год. Эта патология становится все более распространенной, особенно среди лиц трудоспособного возраста. Поэтому проблема хронических диффузных заболеваний печени - одна из наиболее актуальных в современной гастроэнтерологии, и находит все большее внимание в научных исследованиях. Но при этом мало внимания уделяется практической стороне проблемы - прогнозированию психоэмоциональных нарушений, изучению различных вариантов отношения пациентов к своей болезни, лечению и реабилитации. Все это подчеркивает важность и актуальность своевременной и адекватной диагностики психических нарушений у больных, находящихся в общесоматических стационарах.

Усталость – это один из симптомов астено-вегетативного синдрома, который может быть единственным манифестирующим симптомом заболевания печени. Усталость резко снижает качество жизни пациентов, т.е. снижается основной показатель состояния здоровья человека.

Усталость подразделяется на два вида: патологическая и бытовая усталость.

Патологическая усталость	Бытовая усталость
неспособность выполнять рутинную работу на протяжении \geq 6 мес	имеет связь с физической нагрузкой
наличие хронической соматической патологии	отсутствует отягощенный соматический анамнез
прогрессирует со временем	
не проходит после отдыха	проходит после отдыха
не зависит от физической активности	

Статистика говорит о том, что усталость наблюдается у людей с различными заболеваниями печени и не зависит от наличия лишнего веса, сопутствующих заболеваний, проявления активности заболевания, но зависит от длительности заболевания печени. Следовательно, усталость является следствием непосредственно заболеваний печени, а значит и поводом для обращения к врачу. Нельзя игнорировать этот симптом и списывать его на образ жизни пациента.

Врачи первичного звена часто пропускают этот симптом, и пациенты поздно обращаются, в связи с чем надо отдельно вывести симптом усталости и лечить гепатопротекторами. Различные клинические исследования показали, что усталость присутствует у 65-85% пациентов с хроническими диффузными заболеваниями печени. При этом половина пациентов считали усталость их худшими или одним из худших симптомов, подчеркивая важность понимания этого симптома.

Цель. Определение степени выраженности симптома усталости при хронических заболеваниях печени.

Материалы и методы. Было проведено исследование для выявления синдрома усталости у больных с хроническими диффузными заболеваниями печени (острые и хронические вирусные гепатиты, цирроз печени аутоиммунной этиологии, НАЖБП) с помощью опросника «Fatigue assessment scale».

Опросник «Шкала оценки усталости» «FATIGUE ASSESSMENT SCALE»

Вопрос	1	2	3	4	5
Меня беспокоит усталость	1	2	3	4	5
Я очень быстро устаю	1	2	3	4	5
Я не делаю много дел в течение дня	1	2	3	4	5
У меня достаточно энергии для повседневной жизни	1(5)	2(4)	3(3)	4(2)	5(1)
Я чувствую физическое истощение	1	2	3	4	5
Мне трудно начать что-нибудь делать	1	2	3	4	5
Мне трудно думать четко и ясно	1	2	3	4	5
У меня нет никакого желания что-нибудь делать	1	2	3	4	5
Я чувствую умственное истощение	1	2	3	4	5
Когда я делаю что-нибудь, я могу довольно хорошо сконцентрироваться	1(5)	2(4)	3(3)	4(2)	5(1)

При этом пациенты выбирают одну из пяти категорий ответов, варьирующих от «Никогда» до «Всегда». 1 – никогда, 2 – иногда (примерно раз в месяц или реже), 3 – регулярно (примерно несколько раз в месяц), 4 – часто (примерно еженедельно) и 5 – всегда (примерно каждый день).

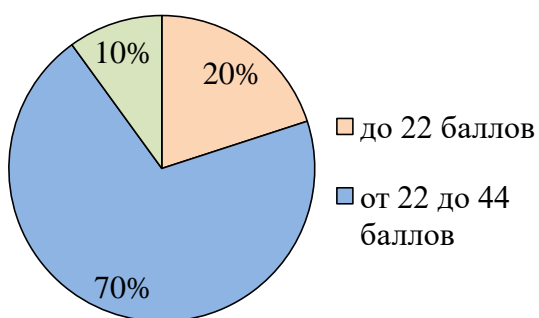
Результаты опросника. Первые 5 вопросов характеризуют физическую усталость, остальные 5 - умственную.

Значения по опроснику могут колебаться от 10 до 50 баллов. Чем выше балл, тем выше степень усталости. При показателе 22 балла и выше можно говорить о наличии у пациента синдрома патологической усталости.

Объектом нашего исследования были пациенты медицинского центра «клиника Орынбаева». В исследовании приняли участие 50 человек: 20 пациентов с – НАЖБП, 9 – хронический вирусный гепатит В, 7 - хронический вирусный гепатит С, 14 – цирроз печени.

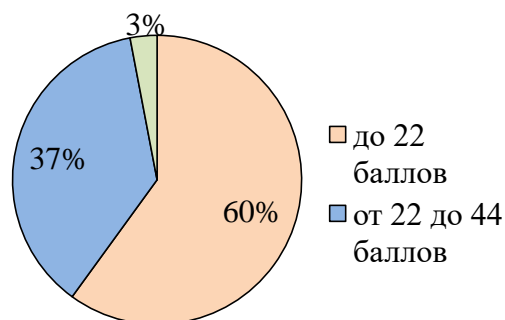
По результатам наших опросников:

Количество пациентов	Показатели в баллах	Показатели в %
5	До 22 баллов	10 %
35	От 22 до 44 баллов	70 %
10	От 45 до 50 баллов	20 %



С целью купирования симптома усталости назначено гепатопротекторное лечение адеметионином. Адеметионин - активировывает процессы метилирования в головном мозге и повышает синтез нейромедиаторов и нейросинаптической передачи тем самым купирует симптом усталости и повышает качество жизни.

При повторной проверке через месяц, наблюдалось нивелирование выраженности симптома усталости.



Это свидетельствует о том, что наше исследование соответствует всемирным исследованиям.

Выводы:

1. Нельзя недооценивать симптом усталости, т.к. это может быть единственным манифестирующим симптомом хронических заболеваний печени.

2. В комплексную терапию хронических диффузных заболеваний печени необходимо включать гепатопротекторы, т.к. они снижают усталость и повышают качество жизни.

Список литературы

1. D.Kumar, R.K.Tandon Fatigue in cholestatic liver disease-a perplexing symptom // Postgrad Med J. 2002 Jul; 78(921): 404-7.
2. Michielsen H.J. et al. Examination of the Dimensionality of Fatigue: The Construction of the Fatigue Assessment Scale (FAS) //European Journal of Psychological Assessment. – 2004. – Т.20. – №1. – С.39.
3. Бикбулатова Л.Ф., Кутлубаев М.А., Ахмадеева Л.Р. Шкала оценки усталости (перевод на русский язык), адаптация и оценка психометрических свойств в стационарах клиник неврологии и терапии //Медицинский вестник Башкортостана. – 2012. – Т.7. – №.1.
4. Newton J. L., Jones D. E. J. Managing systemic symptoms in chronic liver disease //Journal of hepatology. – 2012. – Т.56. – С. S46-S55
5. Milkiewicz P., Heathcote E. J. Fatigue in chronic cholestasis //Gut. – 2004. – Т.53. – № 4. – С. [475-477].

Аимбетов Т.Д., 5-курс

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТОВ С КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Научный руководитель: асс. Курманова А.Т.

НАО «Медицинский университет Караганды». Казахстан

Кафедра внутренних болезней №1

Цель. Провести оценку частоты выявления метаболического синдрома у пациентов с сердечно-сосудистой патологией.

Материалы и методы. В исследование было включено 162 пациента кардиологического отделения (108 женщин и 54 мужчины) в возрасте от 45 до 82 лет (средний возраст – 53,5±2,1). Оценивался уровень холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), глюкозы натощак, артериального давления (АД), окружности талии (ОТ), индекс массы тела (ИМТ). Метаболический синдром (МС) диагностировался на основании критериев АТР III (2001, 2005) и IDF (2005), также по результатам опроса собственно разработанной анкеты были проанализированы факторы риска у данных пациентов.

Результаты. Значимое повышение ОТ более 88 см было выявлено у 36 женщин (20,3%), 102 см и более - у 19 мужчин (35,1%). ИМТ (кг/м²) в среднем составил 30,0-35 у женщин и 35,0-39,0 у мужчин. Среднее значение

артериального давления составило $157 \pm 13,0 / 92,0 \pm 8,0$ мм.рт.ст. Доля пациентов с артериальной гипертензией (АГ): 1 степени - 15%, 2 степени - 21%, 3 степени - 49%. Плазменные уровни общего холестерина составили в среднем 5,4 у женщин, 5,6 у мужчин. Повышение уровня триглицеридов $\geq 1,7$ ммоль/л - отмечалось у 28 (25,9%) женщин и 19 мужчин (35,1%). Снижение уровня ХС ЛПВП $< 1,0$ ммоль/л отмечалось у 17 (31,4%) мужчин и $< 1,2$ ммоль/л у 26 женщин (24,0%). Повышение уровня ХС ЛПНП $> 3,0$ ммоль/л отмечалось у 27 (50%) мужчин, у 29 (26,8%) женщин. Глюкоза в плазме крови натощак $\geq 6,1$ ммоль/л - выявлена у 56 (51,8%) женщин и 41 (75,9%) мужчин. Часто встречаемые факторы риска были курение – 61,4%, низкая физическая активность - 71,2%, наличие СД – 50%, АГ – 74% в семейном анамнезе.

Выводы. МС у пациентов кардиологического отделения оказался достаточно высоким (34,2%). Распространенность МС была несколько выше у мужчин, чем у женщин, причем чаще встречался у лиц среднего и пожилого возраста. АГ оказалась наиболее частым компонентом МС, в меньшем количестве отмечены нарушение гликемии натощак, снижение ЛПВП, центральное ожирение, высокий уровень ТГ.

Аллахвердиева Н., 2-курс, Мирошниченко А., 2-курс

СПИРОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОБСТРУКЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Научные руководители: преп-ль Карипова А.М., преп-ль Койшыгарина Г.Б.
НАО “Медицинский университет Караганды”. Казахстан
Кафедра патологии

Рост заболеваемости болезнями органов дыхания - одна из актуальных проблем современности. Современные условия бурного социального и технологического прогресса человечества порождают множество проблем, одной из которых является загрязнение окружающей среды. По официальным данным за 2016 год, на данную группу заболеваний в нашей стране приходится 43,5% зарегистрированных больных с диагнозом, установленным впервые в жизни. При этом увеличение доли впервые зарегистрированных больных болезнями дыхательных путей составило 13,8%. Показатели по данной группе болезней опережают все прочие заболевания, что не может не беспокоить специалистов-пульмонологов и медицинское сообщество нашей страны.

Цель. Оценить эффективность применения спирографии как метода ранней диагностики заболеваний верхних дыхательных путей.

Материалы и методы. В ходе исследования сформированы две группы людей из числа студентов в возрасте от 18 до 25 лет, одна из которых экспериментальная (n=30) - больные бронхиальной астмой и переболевшие пневмонией различной этиологии, а вторая - контрольная. Представители контрольной группы (n=10) - студенты, активно занимающиеся спортом и, с их слов не страдающие заболеваниями дыхательной системы. Обе группы обследованы посредством спирографии и сохраненных показателей: VC, FEV6

FVC. Включен индекс Tiffeneau. Статистическая обработка полученных данных производилась на персональном компьютере с применением пакетов программ IBM SPSS Statistica 20 и электронных таблиц Excel 2010.

Результаты. В норме показатели FEV1, FVC, FEV1/FVC составляют более 80%. Показатели менее 70% от нормативных свидетельствуют о наличии патологии. В результате исследования было установлено, что показатели спирограммы в контрольной группе в пределах нормы, и значительно отклоняются от нее в экспериментальной группе. Результаты FVC были подсчитаны с учетом пола, возраста и роста обследованных. При расчете индекса Tiffeneau было обнаружено, что в экспериментальной группе он находится в диапазоне 55%, что может быть обусловлено гиповентиляцией I степени, также в пределах 45%, что является II степенью гиповентиляции, показателей III степени не зафиксировано. Вместе с тем в контрольной группе такое снижение отсутствовало.

Выводы. В результате проведенного исследования, можно утверждать, что спирография является эффективным и информативным методом оценки состояния и диагностики заболеваний органов дыхания. Данное скрининговое исследование может быть использовано для выявления и предупреждения болезней системы дыхания и мы предлагаем включить спирографию в программу скрининговых обследований в Казахстане.

Асланова Э.О., 5-курс, Кутлубаев Ф.Г., кл. орд.

КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТЕОАРТРОЗА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Научный руководитель: к.м.н., доц. Кравцова О.Н.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская Федерация

Кафедра поликлинической терапии

Остеоартроз (ОА) – хроническое прогрессирующее полиэтиологическое заболевание суставов, характеризующееся дегенерацией суставного хряща и структурными изменениями субхондральной кости, а также явно или скрыто протекающим умеренно выраженным синовитом. ОА самое частое заболевание суставов, которым страдают более 10% населения планеты, по данным официальной статистики с 2000 по 2010 гг. в Российской Федерации число больных увеличилось почти в 2,5 раза. В настоящее время становится все более очевидным, что заболевания костно-суставного аппарата существенно ухудшают качество жизни больных из-за постоянных болей и нарушения функциональной активности, в первую очередь это касается остеоартроза.

Цель. Оценить особенности консервативного лечения ОА в условиях поликлиники.

Материалы и методы. В исследование включено 54 пациента с заболеваниями опорно-двигательного аппарата (ОДА). Средний возраст составил 52 ± 28 лет (от 24 до 80 лет), преобладали женщины – 38 человек (70%).

Изучалось применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВС) при ОА, способ их назначения, а также использование других симптоматических препаратов. Проведено полное клиническое обследование пациентов.

Результаты. Было выяснено, что основными препаратами для курсового лечения ОА являлись НПВС. Пероральные формы применялись в 76% случаев (такие как диклофенак, нимесил), и парентеральные в 12% (амелотекс и мовалис), среди местных форм преобладали индометацин и кетопрофен – 12%. В качестве патогенетической терапии назначались хондропротекторы, причем у 64% пациентов в парентеральной форме (алфлутоп, хондролон) и 36% в пероральной форме (терафлекс). В качестве поддерживающей терапии были назначены ангиопротекторы (трентал, пентоксифиллин).

Выводы. В ходе исследования было выявлено, что в лечении ОА чаще применяли НПВС в пероральных формах, чем в парентеральных. При использовании хондропротекторов основной путь введения являлся парентеральный, что по-видимому, связано с высокой биодоступностью препаратов. Таким образом, вопрос адекватного и своевременного лечения ОА является наиболее актуальным, особенно в амбулаторных условиях, так как данное заболевание существенно ухудшает качество жизни пациентов.

Асланова Э.О., 5-курс, Кутлубаев Ф.Г., кл.орд.

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

Научный руководитель: к.м.н., доц. Кравцова О.Н.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская
Федерация

Кафедра поликлинической терапии

Остеоартроз (ОА) – хроническое прогрессирующее полиэтиологическое заболевание суставов, характеризующееся дегенерацией суставного хряща и структурными изменениями субхондральной кости, а также явно или скрыто протекающим умеренно выраженным синовитом. ОА самое частое заболевание суставов, которым страдают более 10% населения планеты, по данным официальной статистики с 2000 по 2010 гг. в Российской Федерации число больных увеличилось почти в 2,5 раза. В настоящее время становится все более очевидным, что заболевание продолжается довольно долго, существенно ухудшая качество жизни больных из-за постоянных болей и нарушения функциональной активности.

Цель. Оценить консервативное лечение ОА в условиях поликлиники.

Материалы и методы. В исследование включено 62 пациента с остеоартрозом. Средний возраст составил 52 ± 28 лет (от 24 до 80 лет), преобладали женщины – 48 человек (77%). Изучалось применение хондропротекторов и нестероидных противовоспалительных препаратов

(НПВС) при ОА, способ их назначения. Проведено полное клиническое обследование пациентов.

Результаты. Было выяснено, что основными препаратами для курсового лечения ОА являлись НПВС. Пероральные формы применялись в 76% случаев (такие как диклофенак, нимесил), и парентеральные в 12% (амелотекс и мовалис), среди местных форм преобладали индометацин и кетопрофен – 12%. В качестве патогенетической терапии назначались хондропротекторы, причем у 64% пациентов в парентеральной форме (алфлутоп, хондролон) и 36% в пероральной форме (терафлекс). В качестве поддерживающей терапии были назначены ангиопротекторы (трентал, пентоксифиллин).

Выводы. В результате исследования было определено, что при лечении ОА чаще применяли пероральные формы НПВС, чем парентеральные. При использовании хондропротекторов основным путем введения являлся парентеральный. Вопрос адекватного и своевременного лечения ОА является актуальным, особенно в условиях поликлиники, так как данный недуг существенно ухудшает качество жизни пациентов.

Асланова Э.О., 5-курс, Печенкина Ю.Ю., 5-курс

СОСТОЯНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА НА ФОНЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Научный руководитель: асс. Вдовенко Д.В.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская
Федерация

Кафедра госпитальной терапии им. Р.Г. Межебовского

По данным исследования ЭПОХА-О-ХСН, 56,6% больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в Российской Федерации имеют сохраненную фракцию выброса левого желудочка ($ФВЛЖ \geq 50\%$). Такая ХСН определяется как ХСН с сохраненной фракцией выброса (ХСН-СФВ). Чаще причинами развития ХСН являются ишемическая болезнь сердца (ИБС) и артериальная гипертензия. Исследование функционального состояния миокарда при ХСН-СФВ, в том числе и диастолической функции остается актуальной проблемой.

Цель. Оценить состояние диастолической функции у больных ИБС с ХСН-СФВ.

Задачи:

- проанализировать архив историй болезни кардиологического отделения ГАУЗ «ООКБ №2» г. Оренбург за 2017 год и выделить группу больных с ХСН-СФВ на фоне ИБС.

- провести ретроспективный анализ ФК ХСН и эхокардиограмм (ЭХО-КГ) больных с ХСН-СФВ и определить особенности диастолической дисфункции (ДД) в зависимости от функционального класса (ФК) ХСН.

Материалы и методы. Проведен анализ 1200 архивных историй болезни. В группе больных с ХСН-СФВ (105 пациентов) проведены оценка ФК ХСН и анализ ЭХО-КГ. Оценивали показатели диастолической функции ЛЖ: максимальную скорость наполнения левого желудочка (пик E трансмитрального потока), максимальную скорость движения фиброзного кольца митрального клапана (пика e') в фазу ранней диастолы и их соотношение (E/e').

Результаты. Среди 109 больных ХСН, возникшей на фоне ИБС, у 4% (4) ФВЛЖ была снижена, у 96% (105) - сохранена. Пациенты с ХСН-СФВ, имеющие ФК I, составили 3% (3 случая), из них ДД по 1 типу (E/e' 7) была у 67% (1). ФК II выявлен в 57% (60). Среди них ДД по 1 типу (E/e' 7,13±0,92) встречалась в 25% (15), по 2 типу (E/e' 10,5±0,71) - 3% (2), по 3 типу (E/e' 15) - 2% (1). ФК III составил 38% (42 чел.), в этой группе ДД по 1 типу (E/e' 7,25±0,86) была у 36% (15), по 2 типу (E/e' 9,5±0,71) у 7% (3), по 3 типу (E/e' 13) у 2% (1). ФК IV выявлен у 1 пациента (2%), ДД у которого нарушена по 2 типу (E/e' 11).

Выводы:

1. У больных с ИБС с ХСН-СФВ преобладали II и III ФК ХСН.
2. Среди больных с ИБС с ХСН-СФВ с ФК I-III ХСН чаще наблюдается ДД по 1 типу.

Arjumand Banu Kapase Dadamiyan, 5-курс, Manisha Mahaveer Sahu, 5-курс
**РОЛЬ АТЕРОСКЛЕРОЗА В РАЗВИТИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА У
ЛИЦ МОЛОЖЕ 55 ЛЕТ**

Научные руководители: д.м.н., проф. Кузнецов Г.Э., к.м.н. Тенчурина Л.Р.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская
Федерация

Кафедра внутренних болезней

В рекомендациях ЕОК/ЕОА по диагностике и лечению дислипидемий 2016 одним из факторов определяющих развитие атеросклероза является семейный анамнез преждевременных сердечно-сосудистых заболеваний (мужчины <55 лет, женщины <60 лет). Развитие сердечно-сосудистых катастроф у этих лиц имеет большую вероятность. Во многих странах в том числе и России огромное значение уделяется изучению различных аспектов инфаркта миокарда: патогенетическим механизмам, разработке диагностических критериев, оптимальных путях ранней реваскуляризации миокарда, расчета прогноза, ведение больного в постинфарктный период и т.д.

Инфаркт миокарда – это угрожающее жизни состояние. Общая годовая летальность при остром инфаркте миокарда по данным эпидемиологических исследований составляет от 33% и выше. При этом госпитальная смертность в структуре общей летальности составляет в среднем 6-14%, а каждый 3-4 пациент погибает еще на догоспитальном этапе, не успев получить какой-либо медицинской помощи. Доля инфаркта миокарда увеличивается в старших

возрастных группах. Это вполне объяснимо прогрессирующим развитием атеросклероза. Однако представляется интересным, какой из факторов риска является преобладающим у лиц моложе 55 лет.

Цель. Определить роль атеросклероза в развитии инфаркта миокарда у лиц моложе 55 лет.

Результаты. Было проанализировано 352 истории болезней пациентов кардиологического отделения МГКБ им. Н.И. Пирогова. Инфаркт миокарда был установлен у 17 пациентов моложе 55 лет, что составило 20% от общего количества случаев ИМ. Возраст пациентов варьировал от 28 лет до 55 лет. Мужчины составили 80%, а женщины 20%. Диагноз инфаркт миокарда установлен впервые у пациентов. Большинство этих пациентов не имели каких-либо симптомов заболевания до этого. Повторный инфаркт миокарда – у 68%. Таким образом, первый эпизод инфаркта миокарда случался в более молодом возрасте. Нами анализировались те же факторы риска инфаркта миокарда у лиц моложе 55 лет, что и в общей популяции.

Таблица 1

Распространенность факторов риска инфаркта миокарда у лиц моложе 55 лет

Фактор риска	Количество пациентов (абсолютное значение)	%
дислипидемия	11	64.7
ожирение	7	41.2
курение	6	35.2
сахарный диабет	5	29.4
Артериальная гипертония	15	88
ХБП	3	17.6

Уровень общего холестерина составил 6.0 ± 1.1 ммоль/л, ЛПВП 1.5 ± 1.0 ммоль/л. ЛПНП 3.5 ± 1.5 ммоль/л.

У больных с первым инфарктом миокарда уровень холестерина 5.3 ± 1 ммоль/л, ЛПВП 1.2 ± 0.5 ммоль/л. ЛПНП 3.1 ± 1 ммоль/л. У больных с повторным инфарктом миокарда Уровень общего холестерина составил 4.1 ± 1 ммоль/л, ЛПВП 1.8 ± 0.5 ммоль/л. ЛПНП 3.8 ± 1 ммоль/л. Возможно невысокий уровень холестерина у пациентов с повторным инфарктом миокарда связан с приемом гиполипидемической терапии. Данные коронарографии подтвердили атеросклеротический характер поражения сосудов у 64.7-% больных. Поражение передней межжелудочковая артерия наблюдался 90% у больных. Значимый стеноз (более 50% просвета коронарной артерии) наблюдался у 35.29% больных. Как и в более старшей возрастной группе коронарный атеросклероз наблюдается у большинства (может нет) пациентов, у которых произошел инфаркт миокарда. Часть факторов риска не были освещены в историях болезней, которые мы анализировали. К сожалению, это может

указывать на недостаточное серьезное отношение к ним. Каждый фактор риска вносит свой вклад в развитие инфаркта миокарда.

Выводы. Таким образом, полученные данные указывают на необходимость более тщательного анализа факторов риска и разработки особого подхода по профилактике инфаркта миокарда у лиц моложе 55 лет.

Беридзе Р.М., 4-курс, Пендрикова О.В., 4-курс

АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Научный руководитель: к.м.н., доц. Берещенко В.В.

Гомельский государственный медицинский университет. Белоруссия

Кафедра хирургических болезней №3

Алкогольный гепатит – это острое или хроническое заболевание печени, выражающееся в дистрофических и некробиотических изменениях паренхимы, а также в воспалительной инфильтрации стромы. По данным Всемирной организации здравоохранения около 2 млрд человек употребляют спиртные напитки и 76,3 млн имеют заболевания, связанные с употреблением алкоголя [1].

Алкогольная болезнь печени (АБП) включает стеатоз, стеатогепатит, фиброз и цирроз печени (ЦП). Стеатоз протекает бессимптомно. Крупнокапельная жировая инфильтрация гепатоцитов выявляется у 60-95% лиц, употребляющих этанол в гепатотоксических дозах. При исследовании печень увеличена, край ее гладкий, закругленный, безболезненный при пальпации. Стеатоз является обратимой стадией АБП [2]. Алкогольный стеатогепатит выявляют у 20-30% лиц, злоупотребляющих алкоголем. Клиническая картина включает в себя симптомы интоксикации, диспепсию, незначительный болевой синдром в правом подреберье. При биохимическом исследовании возможно повышение активности трансаминаз, гаммаглутаминтранспептидазы (ГГТП). Подтверждением развития алкогольной болезни печени является обнаружение при гистологическом исследовании на фоне жировой дистрофии гепатоцитов телец Мэллори (алкогольного гиалина), баллонной дегенерации и инфильтрации полиморфноядерными лейкоцитами с некрвоспалительными изменениями. В связи с длительным бессимптомным течением алкогольных поражений печени пациенты чаще всего впервые обращаются за врачебной помощью уже на стадии цирроза. При гистологическом исследовании на начальных стадиях алкогольный ЦП – микронодулярный [3].

На сегодняшний день прямой корреляции между степенью поражения печени и количеством принимаемого алкоголя не выявлено. Развитие АБП в большей степени зависит от ежедневного употребления алкоголя, чем его периодический прием [4,5]. Однако проведенное исследование J.S. Tolstrup (2004) показало более выраженное влияние «больших» доз алкоголя при однократном приеме по сравнению с распределением такой же суммарной дозы

в течение нескольких дней [1]. Для большинства мужчин критической точкой является доза этанола, составляющая 80-160 г/сут. У женщин – 20-40 г/сут. Высокое содержание алкоголя в крови у женщин после употребления стандартных доз связывают с меньшим объемом распределения его в организме, а также с меньшим количеством алкогольдегидрогеназы (АДГ) в слизистой оболочке ЖКТ [5].

Цель. Изучить случаи алкогольной болезни печени с летальным исходом в Гомельской области за период 2012-2017 гг.

Материалы и методы исследования. Материалом для исследования явились архивные данные УЗ «Гомельская областная клиническая больница», протоколы аутопсий пациентов с алкогольной болезнью печени за период 2012-2017 гг.

Результаты исследования и их обсуждение. Изучив протоколы аутопсий, была выявлена динамика заболеваемости АБП с летальным исходом в Гомельской области за период 2012-2017 гг. (рисунок 1):

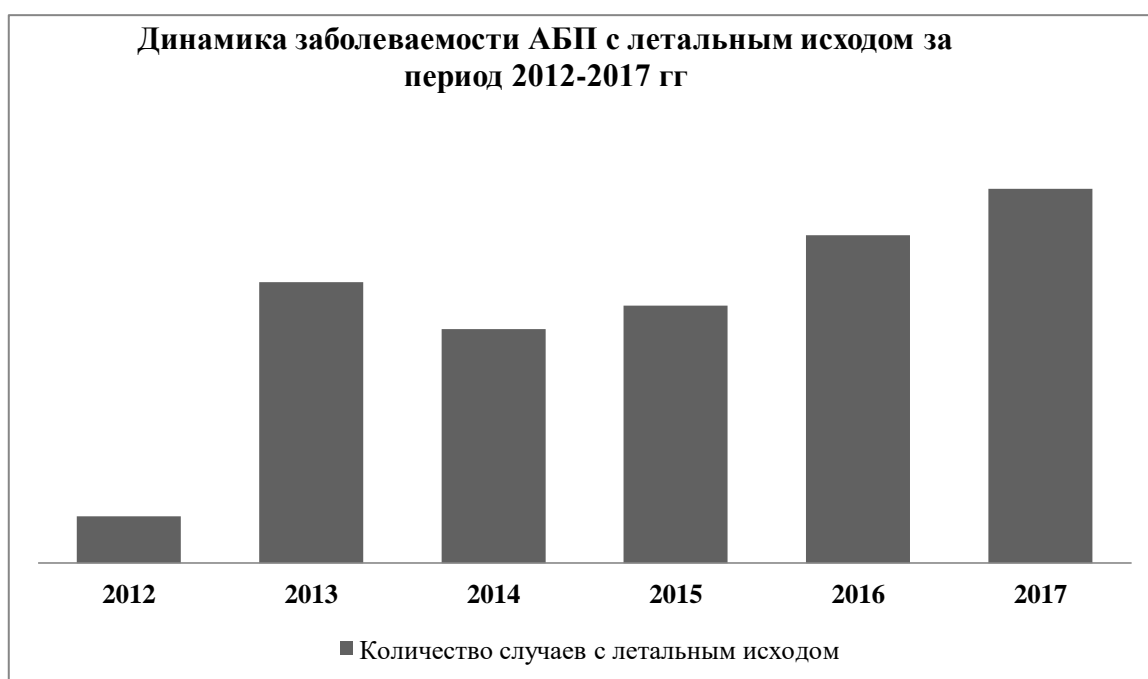


Рисунок 1 – Динамика заболеваемости АБП с летальным исходом в Гомельской области за период 2012-2017 гг.

Как видно из рисунка 1, общая смертность от АБП в Гомельской области за период 2012-2017 гг. составила 65 случаев. С годами смертность от АБП увеличивалась и к 2017г. насчитывала 16 человек в год. В структуре заболеваемости выявлены следующие данные: из числа всех пострадавших 59% городского и 41% сельского населения, из которых 35% женщин и 65% мужчин. В структуре пострадавших по профессиональному контингенту насчитывалось 65% безработных людей, 29% пенсионеров, 6% лесорубов, водителей автобусов, слесарей. Изучив частоту встречаемости осложнений при АБП, выявлено, что 42% умерших имели портальную гипертензию, 30%-

пневмонию, 11%-язвенную болезнь желудка (ЯБЖ), 17%-некротический нефроз, 4%-ДВС-синдром. Что касается частоты встречаемости сопутствующих заболеваний, то результаты следующие: 34% пострадавших имело ИБС, 20%-хронический панкреатит, 18%-атрофический гастрит, 12%-ЯБЖ, 9%-сахарный диабет 2 типа, 4%-артериальную гипертензию, 3%-гангрену пальцев стопы.

Выводы. Количество умерших от алкогольной болезни печени в Гомельской области за период 2012-2017гг. составило 65 человек. В заболеваемости превалирует городское население (59%), чаще всего данное заболевание было выявлено у мужчин (65%), среди профессий лидирующее место занимают безработные люди (65%). Смертность людей от алкогольной болезни печени с годами растет, что остро ставит вопрос профилактики и диагностики данного заболевания среди населения.

Список литературы

1. World Health Organization. Global status report on alcohol 2004. - Geneva: World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Abuse, 2004. - 94p.
2. Абдурахманов, Д.Т. Алкогольный гепатит / Д.Т. Абдурахманов // Клиническая гепатология. - 2015. - № 2. - С. 3–11.
3. Day, C.P. Genetic evidence that fatty liver is involved in the pathogenesis of advanced alcoholic liver disease / C.P. Day // Hepatology. - 2002. - Vol. 36 (1). - P.16.
4. Kuntz, E. Alcohol-induced liver damage / E. Kuntz, H.-D. Kuntz / Hepatology. Principles and practice. - Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, 2006. - P. 520–540.
5. Лопаткина, Т.Н. Алкогольная болезнь печени / Т.Н. Лопаткина, Е.Л. Танащук, М.В. Северов / Практическая гепатология: пособие для врачей / под ред. акад. РАМН Н.А. Мухина. - М.: Проект «МЫ», 2004. - С. 137–144.

Бобоев М.М., 2-курс

КУРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Научный руководитель: Юлдашев Р.Н.

Андижанский государственный медицинский институт. Узбекистан

Кафедра внутренних болезней

Гипертония и курение наиболее опасные факторы риска смерти от ССЗ. Курение всегда имело большую распространённость. В репрезентативной национальной выборке населения России распространённость курения составляет 63.2% среди мужского и 9.7% среди женского населения в возрасте 15 лет и старше. Результаты проспективного наблюдения показали у мужчин 40 - 59 лет атрибутивный риск курения составляет 41% для смерти от ИБС и 21% для смерти от мозгового инсульта (МИ). Вследствии низкой распространённости курения среди женщин 30-69 лет атрибутивный риск курения для смерти от ССЗ ниже, чем среди мужчин и составляет всего 7% для ИБС и 10% для МИ. Прогнозируется, что количество случаев смерти,

обусловленной курением, увеличиться в мире с 3 млн. в 1990 года до 8.4 млн. в 2020 году. Это положение относится и к Узбекистану.

Цель. Изучить распространённость курения и атрибутивный риск курения для смерти от ишемической болезни сердца (ИБС) и мозгового инсульта (МИ).

Материалы и методы. Нами был проведён ряд одномоментных и проспективных исследований по изучению распространённости курения среди населения с помощью специально разработанного вопросника ВОЗ, среди мужчин в возрасты 40-49 лет.

Результаты. Мы в популяции коренного и некоренного населения г. Андижана в возрасте 40 - 59 лет установили, что распространённость курения составляет 38.2% среди мужского и 2,8% среди женского населения. Через 20 лет нами установлено, что у мужчин атрибутивный риск курения составляет 18% для смерти от ИБС и для смерти от МИ. У женщин она составляет. 2.6% для ИБС и 2.8% для МИ. Предположение, что качество сигарет, представленных в настоящее время на рынке значительно выше тех, которые были 10-20 лет назад, вследствие этого вред курения на здоровье нации является менее значительным, не имеет обоснований.

Выводы. Мы предлагаем проведение программ по контролю за известными, установленными факторами риска ССЗ, в первую очередь за АГ и курением. Устойчивое снижение смертности от ССЗ будет сопровождаться одновременным улучшением благосостояния населения и если ничего не делать для профилактики ССЗ сейчас, то в будущем ситуация может ухудшиться. Мы должны предпринять необходимые действия для того, чтобы в Узбекистане снизилась смертность от ССЗ.

Жумаев Д., б-босқич

БРОНХИАЛ АСТМАНИ СТАНДАРТ АСОСИДА ДАВОЛАШ

Илмий раҳбар: асс. Солиев А.У.

Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти. Ўзбекистон
Ичким касалликлар ва эндокринология кафедраси

Бронхиал астма – нафас йуллари сурункали яллиғланиш касаллиги бўлиб, унинг шаклланишида кўп ҳужайралар ва ҳужайра элементлари иштирок этиб, бронхиал гиперреактивлик ва бронхиал обструкция ривожланиши, ҳуштаксимон хириллашлар, йўтал ва кўкракдаги оғирлик ҳиссининг қайталаниш эпизодлари билан намоён бўлади. Бу эпизодлар одатда тарқалган, аммо ўзгарувчан бронхообструкция билан боғлиқ бўлиб, обструкция аксарият ҳолларда қайтар (спонтан ёки терапия таъсирида) бўлади.

Мақсад. Бронхиал астмада стандартга мувофиқ даволашнинг самарадорлигини ўрганиш.

Материал ва усуллар. Бронхиал астма билан оғриган 22 та бемор ўрганилди. Уларнинг 45.5% ни аёллар, 54.5% ни эркеклар, 63,6% ни болалар, 36.4% ни катталар ташкил қилди. 1 гуруҳда - 11 та беморда стандарт даво

қўлланилди, 2 гуруҳда 11 – та беморда стандарт даво қўлланилмаган беморлар ўрганилди.

Натижалар. 1-гуруҳда антилейкотрийенлар ва иГКС ни қўллаганда 90.9% беморга ижобий самара кузатилди. Йўтал, ҳуштаксимон хириллашлар, кечқурунги безовталиқ камайди. 2-гуруҳда даво чоралари 20% беморларга вақтинчалиқ самара берган, 80% беморда самара кузатилмаган.

1-гуруҳда 11 та (100%) бемордан 10 (90.9%) тасида йўтал бутунлай бартараф қилинди. 1 та (9.1%) беморда йўтал 70% га камайди.

Ўпкадаги қуруқ хириллашлар 1 гуруҳда 8 та (72.7%) ва 2 гуруҳда 9 та (81.8%) беморда аниқланди. 1 гуруҳда 10 (90.9%) ва 2 гуруҳда 2 та (18.2%) та беморда қуруқ хириллашлар бартараф қилинди.

Тунги хуружлар 1 гуруҳда 7 та (63.6%), 2 гуруҳда 6 та (54.5%) беморда аниқланди. Даволаш 1 гуруҳда 7 та (100%), 2 гуруҳда 1 та (16.6%) беморга самара берди.

Салбутамолдан 1 гуруҳда 10 та (90.9%), 2 гуруҳда 9 та (81.8%) бемор фойдаланади. Даводан сўнг 1 гуруҳда салбутамолдан фойдаланиш 80%, 2 гуруҳда 11.1% га камайди.

Хулоса.

1. Шундай қилиб бронхиал астмани стандартга мувофиқ даволаганда юқори самара бериши аниқланди.

2. Стандартга мувофиқ даволаганда қуруқ хириллашлар, салбутамолдан фойдаланиш, тунги хуружлар камайди.

Гаффоров С. Ў., 1-босқич, кл. орд.

ЎЗБЕКИСТОН КАРДИОЛОГИЯСИДА ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИК МАНИПУЛЯЦИЯЛАР (РАДИОЧАСТОТАЛИ АБЛАЦИЯ ВА ДЕВАЙСЛАР ИМПЛАНТАЦИЯСИ) САМАРАДОРЛИГИ

Тошкент врачлар малакасини ошириш институти. Ўзбекистон.

Кардиология кафедраси

Радиочастотали аблация – юрак ритм бузилишининг хирургик даво усули бўлиб, наркоз ва анестетиклар ишлатилмасдан миниинвазив йўл билан бажарилади. Хозирги кун дунё медицинасида радиочастотали аблация (РЧА) ва турли мураккаб девайслар имплантацияси аллақачон кардиология ва хусусан аритмологияда асосий манипуляциялар қаторига қўшилиб бўлган.

Мақсад. Ўзбекистон кардиологияси соҳасида электрофизиологик манипуляциялар самарадорлигини баҳолаш ва электрофизиология тўғрисида кенг маълумотлар билан таништириш.

Ўрганиш методи. Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий амалий тиббиёт маркази, Интервенцион аритмология бўлимида 2016-2018-йилларда даволанган беморларнинг маълумотларини ретроспектив анализ қилиш йўли билан.

Натижа. 2016-йилда бўлимда жами 612 нафар бемор даволанган бўлиб шулардан 73 нафарида РЧА амалиёти бажарилган. 61 нафар беморга

электрокардиостимулятор имплантация қилинган ва 3 нафар бемор CRT девайси имплантацияси билан даволанган.

2017-йилда бўлимда жами 626 нафар бемор даволанган бўлиб шулардан 257 нафарига РЧА амалиёти бажарилган. 72 нафар беморга ЭКС ва CRT девайслари имплантация қилинган.

2018-йилда бўлимда жами 695 нафар бемор даволанган бўлиб шулардан 308 тасига РЧА амалиёти бажарилган. 75 нафар беморга ЭКС ва CRT девайслари имплантация қилинган.

Хулоса. 2016 йилдан бошлаб Интервенцион аритмология бўлимида даволанаётган беморлар сони ошиб борган. Шу билан бирга бўлимда ётиб даволанган беморлар орасида РЧА манипуляцияси сони ҳам ошган. Юқоридаги сонлардан маълум бўладики мураккаб девайслар имплантациясининг сони охирги 3 йил ичида ошиб борган. Ушбу анализдан шуни хулоса қилишимиз мумкинки ҳозирги кунда кардиология ва хусусан аритмология соҳасида электрофизиологик манипуляциялар ўрни тобора ошиб бормоқда.

Гиясова Н.О., 3-курс, магистрант

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ И ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Научный руководитель: асс. Ахмедова Н.Ш.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино,
Узбекистан

Кафедра факультетской и госпитальной терапии

Хроническая болезнь почек является распространенным заболеванием, которое связано с повышением факторов риска развития данного заболевания. Ряд глобальных, распространенных и растущих хронических неинфекционных заболеваний являются факторами высокого риска развития ХБП.

Кроме этого имеются некоторые факторы риска, которыми являются результатами социально-экономического развития. К этим факторам относятся значительное повышение средней продолжительность жизни (число населения выше 60 лет увеличивается), развитие фармакологического рынка, особенно с учетом распространенности полипрагмазии и потенциал токсического действия лекарств, ухудшение контроля здорового образа жизни.

На основе проведенных научных исследований нами предлагается следующие меры первичной и вторичной профилактики ХБП. При этом важная задача является своевременная диагностика и продление ранних стадий ХБП для снижения уровня инвалидизации населения и сокращение расходов в системе здравоохранения.

Этапы первичной и вторичной профилактики развития ХБП среди населения:

✓ Проведение скрининг обследования населения для выявления факторов риска и определение группы риска ХБП (с включением возраста от 18 до старше 60 лет.

✓ Проинформировать пациентов (или населения входящий в группу риска развития ХБП) о нарушении функции почек и о факторах риска развития.

✓ Создать информационный лист в амбулаторных картах, который содержит полную информацию о нетрадиционных факторах риска ХБП и систематично обновить эти данные для определения эффективности меры профилактики и/или лечения;

✓ Учитывая диагностическое значение микроальбуминурии для раннего выявления ХБП, целесообразно определить эту параметр диагностики ХБП 1 раз в год у лиц входящие в группу риска в амбулаторных условиях;

✓ Этапы вторичной профилактики развития и прогрессирования ХБП:

✓ Создать электронный регистр населения входящие в группу риска развития ХБП.

✓ Создать школу нефрологического пациента для групп населения имеющие высокого риска развития и прогрессирования ХБП и имеющие ХБП выше 3Б степени заболевания, в котором приобретают знание о диетических рекомендациях, правилах приема лекарственных препаратов, об образе жизни, о получение своевременной терапии для сохранения и преодоления ранних этапов ХБП.

✓ Проведение повторных анализов крови и мочи с определением креатинина и мочевины, расчет СКФ, микроальбумина в моче у женщин имеющие нефропатию и гипертонию во время беременности, 1 раз в год;

✓ Целесообразное планирование консультации специалистов нефрологов 1 и/или 2 раза в год (исходя из степени группы риска Приложение 2) для контингента входящие в группу риска для своевременного и эффективного выявления и лечения ХБП в ранних стадиях.

Таким образом, учитывая позицию скрининга населения для выявления ХБП, а также высокую стоимость и трудоемкость проведения лабораторных исследований при проведении массовых обследований в популяционных группах, предлагается проведение анкетирования для выявления прогностически значимых факторов риска с последующим расчетом индекса риска развития хронической болезни почек.

Дуйсенова М.А., 6-курс

СОСТОЯНИЕ ИНТЕРМЕДИАТОВ ПУРИНОВОГО ОБМЕНА ПЛАЗМЫ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С НАЛИЧИЕМ ОЖИРЕНИЯ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Научный руководитель: магистр м.н. Беков Е.К.

НАО «Медицинский университет Караганды». Казахстан

В настоящее время БСК занимает первое место по заболеваемости и смертности, которая не только растет, но и молодеет. 30% населения земли

страдают ожирением. Сочетание ожирения с артериальной гипертензией имеют свои особенности, такие как выраженное нарушение суточного ритма АД, особенно в ночное время; чаще выявляется поражение органов – мишеней (микроальбуминурия, ретинопатия, нефропатия, ГЛЖ, диастолическая дисфункция, повышение жесткости сосудистой стенки вследствие ремоделирования), приводящие к сердечно-сосудистым осложнениям, что требует особенной тактики ведения артериальной гипертензии с абдоминальным ожирением.

Цель. Оценить состояние внеклеточных интермедиатов пуринового обмена при различных степенях ожирения с артериальной гипертензией.

Задачи исследования. Оценить уровень катаболитов обмена пуринов в плазме крови пациентов с различными степенями ожирения и артериальной гипертензией

Материалы и методы. Группа пациентов: 60 пациентов с артериальной гипертензией 2 степени и различной степенью ожирения. Клинические исследования: измерение объема талии, измерение АД. Биохимические исследования: определение показателей липидного обмена, метаболитов пуринового обмена (ксантин, гипоксантин, мочевая кислота, аденин, гуанин).

Результаты. Уровень катаболитов пуринового обмена определяли в плазме крови и эритроцитах у лиц контрольной группы и с ожирением различной степени. Содержание гуанина в плазме крови больных достоверно превышало значение контроля, соответственно у первой степени ожирения 1,42 раза и во 2 степени ожирения 1,98 раза. Уровень гипоксантина в плазме крови больных проявлял отчетливую тенденцию к росту, однако достоверное отличие по сравнению с контролем зафиксированы у лиц с ожирением 2 степени почти в 2 раза. Содержание аденина в плазме крови больных с ожирением 1 степени не отличалась от контроля, тогда как у больных с ожирением 2 степени достоверно превышал контроль на 31%. Уровень ксантина достоверно превышал значение контроля. Так, у лиц с ожирением 1 степени этот показатель выше контроля на 30%, у больных с ожирением 2 степени - на 52%. Уровень мочевой кислоты в плазме крови у больных с ожирением превышал таковой контроль, но достоверное отличие наблюдалось у больных с ожирением 2 степени – 1,5 раза по сравнению с нормой.

Выводы. Среди лиц с АГ и АО основную часть больных представляли лица трудоспособного возраста от 30 до 59 лет, с преобладанием лиц женского пола, ожирением второй и третьей степени и имеющих АГ первой и второй степени. В плазме крови больных с артериальной гипертензией и ожирением, наблюдалось достоверное увеличение уровня интермедиатов катаболизма пуринов относительно контроля в зависимости от степени ожирения.

Ёдгорова М., 2-босқич

**ҲАВФ ГУРУҲИГА КИРУВЧИЛАР ЎРТАСИДА КРИМ–КОНГО
ГЕМОРРАГИК ИСИТМАСИ ТАРҚАЛИШИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ**

Илмий раҳбар: Хамидова С.Х.

Мақсад. Крим-Конго геммарагик иситмаси (ККГИ) тўғрисида хавф гуруҳига кирувчи аҳолининг тиббий билим даражасини ўрганиш ва уни ошириш.

Материал ва усуллари. Хавф гуруҳи сифатида Бухоро вилоятидаги табиий ўчоқлари бўлган Жондор ва Корақўл туманлари чўлларида фаолият олиб бораётган чўпонлар билан ККГИ ҳақида тиббий билим даражасини савол-жавоблар орқали ўрганилди. Улар орасида профилактик тарғибот-ташвиқот ишлари амалга оширилди.

Олинган натижалар. Савол-жавоблар орқали ККГИ, уларнинг юқиш йўллари ҳақида хавф гуруҳига кирувчи аҳолининг тиббий билим даражаси урганилди. Натижаларга кура, чўпонлар ҳамда уларнинг оила аъзолари тиббий билимининг етарлича эмаслиги аниқланди (23%).

Ўтказилган тадб ирларнинг қиёсий самарадорлиги кўйидагилар: хавф гуруҳида кирувчи аҳолига ККГИ туғрисида маълумотлар бериш ишларини амалга оширилгандан сўнг, улардан суровномалар олинди. Натижаларга кура, чўпонлар ва уларнинг оила аъзолари касалликнинг юқиш йўллари, ҳимояланиш усуллари, олдини олиш ҳақида етарлича маълумотга эга булганлиги аниқланди (76% гача ошди).

Хулосалар:

1. Касалланиш кўрсаткичини янада камайтириш учун хавф гуруҳига кирувчи аҳолини орасида тушунтириш тадбирларини кенг миқёсда олиб бориш керак.

2. Баҳор фаслида ККГИ кўзгатувчиларга қарши кураш ишларини олиб боришни тадбиқ этиш .

3. Инфекция манбаига қарши кураш ишларини қай даражада олиб бориш кераклигини тушунтириб утиш

4. Кана чаққанда 1-чи ёрдам қилиш тўғрисида маълумот бериш

Жаныкулова Г.М., резидент, 1-курс, Абдуханова А.Б., резидент, 1-курс

ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ МИОМЕ МАТКИ

Научный руководитель: доктор Phd Кулбаева С.Н.

«АО» Южно-Казахстанская медицинская академия, г. Шымкент. Казахстан

Кафедра акушерства и гинекологии

Одна из наиболее распространенных и часто выявляемых патологии у 25-50% женщин репродуктивного возраста старше 30 лет является миома матки [1,2,3]. В структуре гинекологических заболеваний миома матки занимает 2 место. Одним из таких методов на сегодняшний день считается эмболизация маточных артерий (ЭМА). Несомненными преимуществами ЭМА являются малотравматичность, высокая эффективность, низкий процент осложнений,

универсальность, отсутствие рецидивов [4,5]. В гинекологической практике ЭМА используется с 1970г. когда S. Smith применил ее с целью остановки кровотечения в послеоперационном периоде. Однако первое сообщение в литературе об ЭМА было сделано J. Oliver и соавт. только в 1979г [6]. С этого момента ЭМА с успехом применяется при неэффективности консервативных мероприятий для остановки кровотечений, возникших в послеродовом периоде, при пузырьном заносе, после оперативного лечения (кесарево сечение, гистерэктомия, миомэктомия) [7].

Первое применение эмболизации маточных артерий с целью подготовки больных к миомэктомии было проведено Jacques Ravina в 1990 году, после чего он отметил исчезновение у пациенток беспокоивших их симптомов, и необходимость проведения самой операции [8]. С этого момента возникший интерес к данному методу быстро возрос, с 1997г. началось активное использование ЭМА в лечении миомы матки. [9].

Показания к выполнению ЭМА, по мнению J. Spies, практически неограничены и включают все «симптомные» миомы, т.е. миомы, непосредственно вызывающие чувство боли, чувство тяжести, учащенное мочеиспускание, диспареунию и т.д. [10,11].

Также показанием к ЭМА являются растущие бессимптомные миомы, независимо от количества узлов, их локализации и размера.

Цель исследования. Изучить количество проведенных эмболизации маточных артерий и анализ эффективности лечения на состояние репродуктивного здоровья женщин при миоме матки.

Материал и методы исследования. Был проведен ретроспективный анализ 80 истории болезней женщин, получивших лечение методом эмболизации маточных артерий по поводу миомы матки в Шымкентская городская больница №1 в 2018 году.

Статистическая обработка результатов исследования проведена на персональном IBM компьютере с использованием стандартных пакетов Excel 7.

Результаты и обсуждение. Общее количество проведенных ЭМА в отделении гинекологии Шымкентская городская больница №1 по поводу миомы матки за 2018 год составляет 80. В нашем исследовании жительниц городской местности было 12 (15%), а из сельской местности – 68 (85%) женщин. Возраст обследуемых женщин колебался от 39 до 52 лет и наибольшее число их были в возрасте 46-50 лет, что составляет 52,5%. Следует отметить, что преобладающее большинство больных с миомой матки были в перименопаузальном возрасте (14-65%) и только 28 (35%) – в репродуктивном. По социальному положению количество женщин, имевших работу составило 34 (42,5%), в числе которых преобладала такая профессия, как преподаватель (4-19,0%), оставшиеся 46 (57,5 %) женщин были домохозяйками.

Из гинекологического анамнеза 38 (47,5%) имели искусственные аборты, у 42 (52,5%) – самопроизвольные выкидыши. У 28 (35%) женщин были 1 или 2 роды, у 44 (55%) – свыше 3 родов, а 8 (10%) вовсе не было беременности. Анализ структуры соматического здоровья показал, что большинство женщин

(15-65%) со слов были абсолютно здоровы. А в числе имевших экстрагенитальные заболевания преобладали женщины с хронической артериальной гипертензией, количество которых составило 16(20%). Анализ данных из анамнеза заболевания показал, что с момента диагностирования миомы матки и до операции у большинства женщин занимало не больше года (10-35%), а у оставшихся этот период длился от года до 12 лет. В течение этого периода у пациенток были различные симптомы, в числе которых наиболее часто встречался геморрагический синдром (15-82,5%), вследствие чего анализы крови показывали анемии различной степени (1,25-17,5%).

С целью подтверждения диагноза всем женщинам было проведено полное клиническое, лабораторно-инструментальное обследование. У 60 (75%) женщин была диагностирована субмукозная форма, у 8 (10%) интерстициальная, смешанная форма обнаружена у 8 (10%), и только у 4 (5%) женщины диагностирована узловая форма миомы матки. При PV-осмотре больных величина матки, увеличенной за счет миоматозных узлов, варьировала от 6 до 14 недель беременности. В послеоперационном периоде лечение проходило комплексное, что включало в себя антибактериальную терапию препаратами цефалоспоринового ряда, анальгетики и инфузионную терапию. У всех пациенток наблюдался постэмболизационный синдром, который проявлялся общей слабостью и болевым синдромом, что легко купировался анальгетиками. Эффективность проведенного лечения в послеоперационном периоде было оценено по данным улучшения общего состояния женщин, и уменьшения беспокоивших их жалоб. С целью оценки состояния миоматозных узлов и размеров матки, проводилось УЗИ в динамике, и гинекологическое обследование, в результате которых было обнаружено постепенное их уменьшение. Пребывание больных на койке после хирургического вмешательства было в среднем от 5 до 10 дней. Так, до 7 дней находилось 60 (75%) женщин, до 10 дней – 20 (25%) женщин. Все пациентки были выписаны домой в удовлетворительном состоянии. Подводя итоги анализа, следует отметить, что благодаря эмболизации маточных артерий 28(35%) женщин репродуктивного возраста сохранили детородную функцию. На сегодняшний день во всем мире эффективность данного хирургического вмешательства в лечении миомы матки не вызывает сомнений.

Список литературы

1. Акопян Ю.М. Тазовая ангиография при опухолях матки и придатков. Автореф.дис.канд.мед.наук 1970
2. Вихляева Е.М. Адьювантная терапия при миоме матки Вестн. РАМН. 1997; 2: 16-20.
3. Вихляева Е.М. Возможности адьювантной терапии при лейомиоме матки. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки. М., 2004: 289.
4. Pelage J.P., Beregi J. Uterine fibroid embolization using the calibrated microspheres «Embosphere " // Cardiovasc. Intervent. Radiol. 2000. Vol.23 (Suppl. 1). P.154

5. Spies J.B. Uterine artery embolization for fibroids: understanding the technical causes of failure // J. Vasc. Interv. Radiol. 2003. Vol. 14. P. 11–14.
6. Oliver J Jr, Lance J. Selective embolization to control massive hemorrhage following pelvic surgery. Am J Obstet Gyn 1979; 135: 431-2.
7. Ravina JH, Merland JJ, Herbreteau D et al. Preoperative embolization of uterine fibroma. Preliminary results (10 cases) [letter, in French]. Pres Med 1994; 23: 1540
8. Uterine Fibroid Embolization for the Symptomatic Leiomyoma. Maxim Itkin, Richard Shlansky-Goldberg// Appl.Radiol 2002-vol. 31(10)-p.9-17
9. Abbara S, Nikolic B, Pelage JP et al. Frequency and extent of uterine perfusion via ovarian arteries observed during uterine artery embolization for leiomyomas. AJR Am J Roentgenol 2007; 188:1558
10. Goodwin S, McLucas B, Lee M et al. Uterine artery embolization for the treatment of uterine leiomyomata mid-term results. J Vase Intervent Radiol 1999; 10: 1159-65.
11. James B Spies. New Trends in the Management of Uterine Fibroids. Int World Congress on Controversies in Obstetrics. Gynecology and Infertility NY, 2002

Жариков К.М., 4-курс, Бертлеуова Г.С., 3-курс

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ С СД И СДС

Научный руководитель: к.м.н., доц. Савельева Е.В.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская
Федерация

Кафедра факультетской педиатрии

Увеличение числа больных сахарным диабетом (СД) во всем мире неизбежно приводит и к росту количества лиц с его осложнением – диабетической полинейропатией (ДПН), которая влияет на качество жизни, социальную интеграцию, работоспособность, а у пациентов с синдромом диабетической стопы (СДС) приводит к инвалидизации.

Цель. Раннее выявление диабетической ДПН у больных СД и СДС.

Материалы и методы. Обследовано 49 пациентов с СД. Из них 12 детей от 5 до 17 лет с СД 1-го типа, и 37 взрослых от 18 до 80 лет с СД 1 и 2-го типа. Использовались анкетирование и специальные методы инструментального исследования в том числе электронейромиография.

Результаты. Парестезия, онемение, нарушение термочувствительности, вибрационной чувствительности – признаки имеющейся ДПН. Тактильная чувствительность, симптом Оппеля, отеки, коленный рефлекс, курение, алкоголь и другие оказались малоинформативными ($\leq 50\%$). Нейромиография позволила выявить ДПН у 58% больных даже при отсутствии клинических признаков. У (58%) обследованных детей выявлена дистальная ДПН. У (70%) взрослых выявлена 2-я стадия ДПН, проявляющаяся хронической болевой формой, а также безболевой формой в сочетании с полной или частичной потерей чувствительности. У (29%) взрослых выявлена 3-я стадия ДПН,

сопровождающаяся язвами стоп, нейроостеоартропатией, нетравматическими ампутациями пальцев. У (48%) пациентов обеих возрастных групп периферическая ДПН носила обратимый характер, что говорит о том, что при адекватном и раннем лечении дегенеративные процессы в периферических нервных волокнах можно остановить или замедлить.

Выводы. Симптомы ДПН появляются в раннем возрасте и прогрессируют в зависимости от продолжительности заболевания, тяжести течения СД, возраста и вредных привычек. От того, выпадение какого вида чувствительности превалирует, зависит доминирование определенных симптомов, определяющих правильный подход к лечению ДПН. У детей нейромиография является наиболее объективным и достоверным методом исследования. Таким образом, представленная методика анкетирования, инструментального исследования и нейромиографии позволяет выявить ДПН на ранних стадиях развития СД и СДС.

Жумабоев Т., 5-босқич

ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА БУЙРАК КОПТОКЧАЛАРИ ФИЛЬТРАЦИЯСИ ТЕЗЛИГИ БУЗИЛИШИ

Илмий раҳбар: т.ф.н., доц. Носирова М.Ш.

Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти. Ўзбекистон

Факультет ва госпитал терапия кафедраси

Сўнги йилларда бутун дунёда сурункали буйрак касаллиги (СБК) билан касалланган беморлар сони тобора ортиб бормоқда ва олиб борилган илмий тадқиқот ишлари бу кўрсаткич келажакда янада ошиб бориш хавфи борлигини кўрсатмоқда. Илмий тадқиқот натижалари шуни курсатадики СБК ва артериал гипертензия (АГ) ўртасида аниқ бир боғлиқлик мавжуд. Яъни бу боғланиш икки томонлама хусусиятга эгадир, СБК симптоматик АГга ва аксинча АГ эса буйракларнинг шикастланишига олиб келади. Ушбу жиҳатдан АГ да буйрак коптокчалари фильтрация тезлиги (БКФТ) ўзгариши энг эрта ривожланади. Буйрак шикастланишининг босқичларида БКФТ ўзгариши турли хилдир. Шундай қилиб АГ шароитида буйрак шикастланишининг дастлабки босқичларида БКФТ ошади, кечки босқичларида эса камаяди. АГ шароитида БКФТ ўзгариши бошқа нишон органларнинг зарарланиши учун юқори хавф омилига айланади. Чунки чап қоринча гипертрофияси ва атеросклероз ривожланиши билан алоқада бўлиб, шунингдек кардиоваскуляр касалликлар ва ўлим кўрсаткичи учун юқори хавф омилидир. Шунинг учун ҳам БКФТ баҳолаш клиник амалиётда янада кенг қўлланилиши керак:

- бошқа юрак қон томир касалликларини аниқлаш учун;
- хавф омиллари ва улар билан боғлиқ клиник шароитларни аниқлаш;
- нишон органларнинг шикастланишларни узоқ вақт давомида кузатиб бориш ва олдини олиш учун клиник амалиётга янада кенгроқ тадбиқ этиш керак.

Ишнинг мақсади: Буйрак касаллиги бўлмаган ГК билан касалланган беморларда буйрак шикастланиши ташхисотини аниқлашда БКФТ ни аҳамиятини ўрганиш.

Текшириш материаллари. Ишни олиб боришда вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази кардиология ва терапия бўлимларида 40-65 ёшгача бўлган 54 нафар бемор (33 нафар эркаклар ва 21 нафар аёллар) танлаб олдик. Беморларни касаллик давомийлигига ва ёшига кўра гуруҳларга бўлиб ўргандик. Шулардан 25 нафар (16 нафар эркак ва 9 нафар аёл) 5 йилдан буён ГК II босқич билан 16 нафар (9 нафар эркак ва 7 нафар аёл) 10 йилдан буён ГК II босқичи билан, қолган 13 нафар (8 нафар эркак ва 5 нафар аёл) 10 йилдан ортиқ ГК II босқичи билан касалланиб келади. Ёши буйича 40-48 ёшдаги беморлар 11 нафар, 49-59 ёшдаги беморлар 25 нафар, 60-65 ёшдаги беморлар 18 нафар. Беморларнинг ташхиси клиник, инструментал (ЭХОКГ, ЭКГ) ва лаборатор (мочевина, креатинин, холестерин, ЮЗЛП ва ПЗЛП, умумий оқсил, глюкоза, умумий сийдик таҳлили, Зимницкий синамаси ва коагулограмма) текширишлар асосида қўйилди.

Беморларда асосий текшириш усули буйрак коптокчалар фильтрацияси тезлигини (БКФТ) аниқлаш учун МДРД (Modification of Diet in Renal Disease), СКД –ЕРІ (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration Index) формулаларидан фойдаланиб клиника лабораториясида бажарилди. Беморларда текшириш стационар шароитида шунингдек 3 ойдан сўнг амбулатор шароитда аниқланди.

Олинган натижалар. Беморларда текшириш натижасида 5 йилдан буён ГК II босқичи билан касалланиб келган 25 нафар (46.3%) беморларда БКФТ-60-70 мл/мин/1.73м², 10 йилдан буён ГК II босқичи билан касалланиб келган 16 нафар (29.63%) беморларда БКФТ-45-60 мл/мин/1.73м², 10 йилдан ортиқ ГК II босқичи билан касалланиб келган 13 нафар (24.07%) беморларда БКФТ-30-40 мл/мин/1.73м²гача пасайганлигини аниқладик.

Хулоса. ГК ни давомийлиги ошиб борган сари ва касаллик бир босқичдан иккинчи босқичга ўтган сайин беморнинг ёшига боғлиқ ҳолда БКФТ нинг камайишини аниқладик.

Тавсия. Даволашда ҳар бир беморга индивидуал ёндошиб гипотензив дорилар билан бирга статинлар ва қон реологиясини яхшиловчи дори препаратларини ҳам қўллаш керак.

Иргалина Д.Р., 5-курс, Кукаева М.Е., 5-курс

**АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В
ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ
АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С
АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

Научный руководитель: к.м.н. Ефимова С.В.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская
Федерация

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения №1

Для научного управления здоровьем и здравоохранением, решения текущих, тактических и стратегических задач необходимы сведения о здоровье населения, о состоянии ресурсов, о качестве проводимых мероприятий и об эффективности, т.е. о конечных результатах своей деятельности, степени достижения поставленных задач. Данные о состоянии здоровья являются ключевыми в структуре управления здоровьем и здравоохранением. В качестве примера в данной статье рассмотрена заболеваемость хронической артериальной недостаточностью у больных с атеросклерозом сосудов нижних конечностей, находившихся на диспансерном наблюдении у хирурга поликлиники ГБУЗ «ГКБ №1» г. Оренбурга.

Хроническая артериальная недостаточность (ХАН)-синдром, характеризующийся медленным прогрессирующим течением с облитерацией просвета артерий, ведущей к развитию хронической ишемии конечности [3].

ХАН нижних конечностей страдает 10% населения, среди которых на долю облитерирующего атеросклероза артерий приходится 80-90%. Из всех пациентов, страдающих этим заболеванием, каждый второй умирает в течение 10 лет от появления первых симптомов, если пациент не начнет лечиться у врача; ежегодно это заболевание становится причиной ампутации конечностей у 35 тыс. пациентов. Социальная значимость проблемы лечения этих больных определяется не только распространенностью данной патологии, но и значительным числом среди этих пациентов людей трудоспособного возраста и их инвалидизацией. По данным статистики на 2017 год общая заболеваемость ХАН по РФ и по Оренбургской области составляет 421,5 и 324,5 на 100 тыс. населения соответственно [2].

Ранние стадии ХАН нижних конечностей протекают бессимптомно; появление и нарастание клинических признаков – чувство онемения и зябкость стоп, снижение чувствительности дистальных отделов стоп, снижение оволосения голеней, атрофия мышц, перемежающаяся хромота (боли в мышцах голеней при физической нагрузке), боли в покое при горизонтальном положении конечности, образование болезненных трофических язв (чаще локализуются на дорсальной и боковых поверхностях пальцев, на тыле стопы, по передне-латеральной поверхности голени) и развитие гангрены – свидетельствуют о запущенности процесса.

У 50% больных заболевания могут протекать бессимптомно, 40% - страдают от перемежающейся хромоты, у 5-10% развивается критическая ишемия [1].

Цель исследования. Дать оценку влияния ежедневных пеших прогулок и отказа от курения, как меры профилактики прогрессирования ХАН у больных с атеросклерозом сосудов нижних конечностей, как способ снижения уровня инвалидности трудоспособного населения.

Задачи.

1. Провести анкетирование среди пациентов с ХАН на диспансерном наблюдении у хирурга поликлиники ГБУЗ «ГКБ №1» г.Оренбурга, с целью

получения данных о количестве пациентов, совершающих ежедневные пешие прогулки, а также количестве пациентов, которые ранее или в настоящий момент употребляли никотин.

2. По результатам анкетирования выполнить анализ и сделать выводы о влиянии ежедневных пеших прогулок, а также употреблении никотина на прогрессирование ХАН у больных с атеросклерозом сосудов нижних конечностей.

3. Оценить эффективность или неэффективность проведения ежедневных пеших прогулок и отказа от курения больными с ХАН и атеросклерозом сосудов нижних конечностей.

Материалы и методы. Был проведен анализ анкет 82 пациентов, которые разделены на 2 группы: в группу А вошли 52 человека, которые приняли участие в оценке влияния пеших прогулок на прогрессирование ХАН у больных с атеросклерозом. В группу В вошли 30 человек которые приняли участие в оценке употребления никотина.

Группу А составили 52 пациента с атеросклерозом сосудов нижних конечностей, ХАН I, IIa ст, находившихся на диспансерном наблюдении у хирурга поликлиники ГБУЗ «ГКБ №1» г.Оренбурга. Возрастная категория пациентов составила от 55 до 89 лет, средний возраст 62 года. Большая часть 73% (38) мужчины и 27% (14) женщины. Пациенты не злоупотребляли никотином. Все больные группы А разделены на 2 подгруппы. В первую группу А1 вошли 26 больных, которые последние 2-3 года ежедневно совершают пешие прогулки в течение 30-40 минут. Во вторую А2 - 26 больных, двигательная активность которых была низкая.

Группу В составили 30 мужчин с атеросклерозом сосудов нижних конечностей ХАН IIa ст., находившихся на диспансерном наблюдении в отделении поликлиники ГБУЗ «ГКБ №1» г.Оренбурга, которые ранее или в настоящий момент употребляли никотин. Возрастная категория пациентов составила от 55 до 89 лет, средний возраст 62 года. Больные группы В разделены на 2 подгруппы: 1-ю группу В1 составили 15 пациентов, куривших ранее, но бросившие на протяжении последних 3 лет. Во 2-ю группу В2 вошли 15 пациентов, которые постоянно курят, выкуривая не менее 6 сигарет в день.

Все пациенты получали базовое лечение статинами, антиагрегантами, 2 раза в год проводилось профилактическое лечение в дневном хирургическом стационаре с использованием инфузионной терапии.

Результаты. При анализе результатов анкетирования было выявлено, что среди пациентов А1 группы у 31% (8) случаев отмечалось увеличение дистанции безболевого ходьбы на 100-200м, у 23% (6) на 200-400м, у 19% (5) - уменьшение ощущения зябкости ног, у 19% (5) - уменьшение пар(а)естезий. Все больные А1-й группы удовлетворены качеством проводимого диспансерного наблюдения и отмечают долговременный эффект от проводимого медикаментозного лечения, трофических нарушений у больных первой группы за последние 3 года не наблюдались. Среди пациентов А2-й группы 19% (5) отмечали увеличение дистанции безболевого ходьбы на 50-100

метров, у 27% (7) - на 100-200м, 23% (6) - уменьшение ощущения зябкости ног. Однако, подобные улучшения больные отмечали после проведенной инфузионной терапии в дневном хирургическом стационаре в течение 3-4 месяцев, затем дистанция безболевого ходьбы уменьшалась снова. Среди пациентов А2-й группы у 2 больных отмечались эпизоды появления трофической язвы на стопе. Только 69,2% (18) пациентов 2-й группы удовлетворены результатами профилактического лечения.

Среди пациентов В1 группы у 33% (5) случаев отмечалось увеличение дистанции безболевого ходьбы на 100-200м, у 20% (3) – на 200-400м, у 40% (6) - уменьшение ощущения зябкости ног, у 13,3% (2) – уменьшение пар(а)естезий. Несмотря на проводимые профилактические мероприятия, 1 больной (6,6%) отмечал появление трофической язвы на I пальце левой стопы. Все больные В1-й группы удовлетворены качеством проводимого диспансерного наблюдения и отмечают долговременный эффект от проводимого медикаментозного лечения. Среди пациентов В2-й группы 6,6% (1) отмечали увеличение дистанции безболевого ходьбы на 50-100 метров, 33% (5) - уменьшение ощущения зябкости ног. Однако, подобные улучшения больные отмечали после проведенной инфузионной терапии в дневном хирургическом стационаре в течение 1-2 месяцев, затем дистанция безболевого ходьбы уменьшалась снова. Среди пациентов В2-й группы у 2 больных отмечались эпизоды появления трофической язвы на стопе, 1 больному выполнено стентирование большеберцовой артерии в связи с прогрессированием явлений хронической артериальной недостаточности. Только 40% (6) пациентов 2-й группы отмечают положительный эффект от медикаментозного лечения.

Выводы. Анализируя полученные результаты можно сделать вывод о том, что ежедневные пешие прогулки наряду с отказом от курения являются эффективными в профилактике прогрессирования хронической артериальной недостаточности у больных атеросклерозом сосудов нижних конечностей.

Список литературы

1. Заболевания артерий нижних конечностей. Клинические рекомендации. Минздрав России, 2016г.
2. Статистический сборник, Министерство здравоохранения Российской Федерации, 2017 г.
3. Хроническая артериальная недостаточность. Учебно-методическое пособие. Под редакцией доктора медицинских наук, профессора А.А.Щёголева. - М.; ГБОУ ВПО «РНИМУ», 2015г.

Истамова С.Х., 3-курс

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ “PALATINOKAP” ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРАПА

Научный руководитель: асс. Мирзаева Д.Б.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.

Узбекистан

Кафедра пропедевтики внутренних болезней и ВСД

Храп рассматривается как социальная проблема во всем мире. Более 30% взрослого населения страдает храпом, после 60 лет - 60%. Люди которые страдают храпом со временем сталкиваются многими хроническими болезнями сердечно-сосудистой, дыхательной и нервной системой. Храп, как звук, представляет собой в большей степени социальную проблему для окружающих, чем для самого человека. Для лечения храпа до сих пор существует недостатки в современной медицине. «Палатино-Кап» который мы предлагаем, лечит храп простым методом.

Суть темы. Храп - это вибрации язычка глотки и мягкого неба во сне во время дыхания или, иными словами, храп возникает в результате дыхания через рот, воздух, попадая в легкие, раскачивает язычок, который начинает вибрировать, тем самым издавая раздражающие звуки. Храп может возникать при искривлении носовой перегородки, врожденной узости носовых ходов или глотки, наличии полипов в носу, удлиненном небном язычке, нарушении прикуса, увеличении миндалин (аденоидах), ожирении, при короткой шеи. Табачный дым тоже является одной из причин храпа, так как он раздражает и воспаляет слизистую. Алкоголь расслабляет мышцы дыхательных путей, поэтому в расслабленном алкоголем состоянии, можно храпеть еще сильнее. Основная проблема при этом является слабая мышечная система мягкого неба, снижение или чрезмерное увеличение тонуса.

Цель. Провести исследование, наблюдение за пациентами с храпом, а затем проанализировать их лечения. Оценить эффективность аппарата «Палатино-Кап» у больных, страдающих храпом.

Решение проблем. Капа состоит из силикона, с длиной 9 см и она располагается в верхних зубах. Для каждого человека капу подбирают индивидуально. Основная задача «Палатино-Кап» является, располагаясь на основе в верхней челюсти, в верхних зубах приподнимает мягкое небо, открывает суженные дыхательные пути и при этом не образуется вибрационные течение воздуха. Как мы знаем, храп возникает при вибрации мягких структур глотки на фоне прохождения воздуха через суженные дыхательные пути. При применения «Палатино-Кап» нижняя часть мягкого неба приподнимается вверх и при этом воздух проходит без затруднений. Капа не мешает во время сна, также органических изменений не наблюдается.

Результаты. Под наблюдением было 22 больных, из них 14 старческого возраста, 6 были пожилыми, 2 были среднего возраста. Из них 9 страдали ожирением, 6 искривление носовой перегородки, 7 аденоидами. Из 17 пациентов 77,27% (пожилые и старческие годы) наблюдалось храп во время сна, у 5 пациентов 22,72% со временем наблюдалось храп. Таким образом, мы можем использовать «Палатино-Кап» в тех случаях, когда храп возникает за счет мягкого неба.

Выводы. Основной задачей современной медицины является эффективное, быстрое, неинвазивное лечение храпа. «Палатино-Кап» может полностью ликвидировать храп. «Палатино-Кап» простой, удобный и дешевый аппарат для всех.

Имомова М. 3 курс.

ФАКТОРЫ РИСКА ИБС У ЛИЦ СТАРШЕ 60 ЛЕТ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА БУХАРЫ

Научный руководитель: асс. Рахматова Д.Б.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.
Узбекистан.

Кафедра внутренних болезней и эндокринологии

Цель. Оценить этнические особенности факторов риска ишемической болезни сердца, у лиц старше 60 лет, проживающие в городе Бухаре.

Материалы и методы. Работа выполнена на базе кардиологического диспансера Бухарской области. В исследовании принимали участие 187 больных (мужчины) в возрасте от 60-89 лет. Больные были разделены на две группы: I группа - с верифицированной ИБС (перенесенный Q-позитивный инфаркт в анамнезе, подтвержденный по ЭКГ и ЭхоКГ) и II группа - без ИБС, но с наличием ФР. Все участники исследования в группах были подразделены по этнической принадлежности на 2 подгруппы: коренной (К) и некоренной национальности (НК) и по возрасту: пожилого (60-74лет) и старческого (75-89лет).

Результаты. Проведенное нами обследование позволило установить, что у лиц старшего возраста чаще встречается АГ II ст. – 59,6% по сравнению с АГ I ст. Наиболее часто встречающейся формой АГ является ИСАГ. Кроме того, были выявлены достоверные отличия уровня САД и ДАД в возрастных и этнических группах пациентов. Так, уровень САД был выше у лиц старческого возраста ($166,9 \pm 1,5$ мм.рт.ст.), по сравнению с пожилыми ($160,5 \pm 1,4$ мм.рт.ст.), ($p < 0,05$). Отличий по уровню ДАД в возрастных группах не выявлено. В то время как, уровни САД и ДАД были достоверно выше у лиц узбекской этнической принадлежности (среди русской- $166,3 \pm 1,5$; узбекской этнос - $162,0 \pm 1,4$ мм.рт.ст., $p < 0,05$). Определение концентрации липидов крови позволило обнаружить статистически значимые различия между русским и узбекским населением по уровню ОХС, ХС ЛПНП ($p < 0,001$) и КА ($p < 0,05$). Так, у мужчин русского этноса уровень общего холестерина крови составил 206 мг/дл, а у лиц узбекской этнической принадлежности - 228 мг/дл ($p \leq 0,01$). Можно предположить, что различия по уровню ОХС в крови связаны с рационом и привычками питания. Было установлено, что русские чаще употребляют продукты, содержащие полиненасыщенные жирные кислоты (оленина, жеребятина, дикая утка), предпочитая использовать отварной способ приготовления пищи. Тогда как, лица узбекской национальности чаще потребляют «атерогенные» продукты (говядина, баранина, сливочное масло, курица, яйца), предпочитая жарить и запекать мясные продукты. Частота курения превалировала в группе пациентов без ИБС (47,1%), по сравнению с группой пациентов с верифицированной ИБС (38,5%). В пожилом возрасте

курят - 30,7% (31 человека из 96), в старческом возрасте 25,5% (28 человек из 91) ($p < 0,05$). 52,7% пациентов старческого возраста никогда не курили, в сравнении с лицами пожилого (42,2%) ($p > 0,05$). Можно сделать заключение, что отсутствие курения в прошлом, вероятно, является фактором, способствующим долголетию. Анализ ИМТ выявил, что у представителей русского этноса отмечается достоверное снижение ИМТ ($p < 0,001$), по отношению к пациентам узбекской национальности старшей возрастной группы, у которых прослеживается лишь склонность к снижению ИМТ ($p > 0,05$). Проведенное нами исследование показало, что у больных ИБС старшей возрастной группы имеется достоверная прямолинейная зависимость уровня ОХС от уровня САД и ИМТ.

Выводы. Содержание «атерогенных» липопротеидов крови (ОХС, ХС ЛПНП) превалирует у лиц узбекской национальности, по сравнению с русскими. Пациенты старческого возраста имеют более благоприятный уровень липидного профиля крови, чем лица пожилого возраста. Наиболее часто встречающейся формой АГ является ИСАГ. Уровни САД, ДАД выше у представителей узбекской национальности, чем у русских. У больных ИБС прослеживается зависимость уровня ОХС от уровня САД и ИМТ.

Кадилова Ф.Ш., 1-курс, магистрант

РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛАЦИЯ И НЕИНВАЗИВНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ НАРУШЕНИИ РИТМА ЖЕЛУДОЧКОВ

Научный руководитель: с.н.с. РСНПМЦК, к.м.н. Якубов А.А.

Ташкентская медицинская академия. Узбекистан

Цель. Оценка эффективности радиочастотной аблации (РЧА) у больных с ЖТ в зависимости от их топики (по анализу стандартной 12-канальной ЭКГ) без использования навигационной системы.

Материалы и методы. В отделении хирургического лечения НРС при РСЦК обследовано 35 пациентов в возрасте от 18 до 48 лет (средний возраст - $30 \pm 12,6$ лет). Всем больным проводилось: анализ морфологии эктопических желудочковых комплексов по 12-канальной ЭКГ; суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру.

Результаты. При суточном ЭКГ-мониторировании по Холтеру у всех пациентов регистрировалось значительное количество экстрасистол: от 8000 в сутки и более. У 29 больных основным проявлением желудочковой аритмии (ЖА) была частая мономорфная желудочковая экстрасистолия (ЖЭ). В качестве критерия расположения ЖЭС были использованы общепринятые ЭКГ-алгоритмы. Сопоставление предварительных данных ЭКГ анализа и внутрисердечного ЭФИ показало совпадение локализации аритмогенного очага во всех случаях. Согласно полученным данным у 21 (60%) больного была выявлена локализация ЖА из ВОПЖ, у 5 (14,2%) больных в проекции правого синуса Вальсальвы, парагиссиальная локализация была диагностирована у 1 (2%) пациента, фасцикулярная ЖТ у 5 (14,2%) больных, из области тела

межжелудочковой перегородки в одном случае (2,8%), в двух случаях в боковой стенке базального отдела (5,7%).

При локализации ЖА в ВОПЖ эффект наблюдался в 20 случаях (95%). При фасцикулярной ЖТ, ЖЭ из правого синуса Вальсальвы, а также из парагиссиальной области эффект РЧА непосредственно после операции и через месяц после РЧА был абсолютный. В случаях расположения аритмогенного очага в боковых стенках и в теле МЖП не удалось получить положительный эффект.

Выводы. Результаты нашего анализа еще раз подтвердили, что РЧА ЖНРС является высокоэффективным и относительно безопасным методом лечения аритмии. Показана специфичность и чувствительность ЭКГ алгоритмов для топической диагностики аритмии. На основании точного определения локализации аритмогенного фокуса можно заранее прогнозировать исход РЧА.

Кодиров М., 3-курс

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ СИМПТОМОВ НАТЯЖЕНИЯ СПИННОМОЗГОВЫХ КОРЕШКОВ ПРИ ПОЯСНИЧНО- КРЕСТЦОВЫХ РАДИКУЛОПАТИЯХ

Научный руководитель: к.м.н., доц. Бабаджанова З.Х.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.
Узбекистан.

Кафедра пропедевтики внутренних болезней и ВСД

Цель. Установить совокупность диагностических значимых симптомов натяжения спинномозговых корешков при пояснично-крестцовых радикулопатиях и выявить частоту их встречаемости.

Материалы и методы. Обследовано 120 пациентов, проходивших обследование и лечение в клинике нервных болезней г.Бухары диагнозом: пояснично-крестцовая радикулопатия. Всем пациентам выполнено комплексное клиническое обследование, включавшее в себя изучение жалоб, анамнеза, объективного неврологического статуса, а также нами оценивалась интенсивность боли по ВАШ при исследовании 49 различных симптомов натяжения нервных корешков.

Результаты. В доступных нам литературных источниках описывается более 60 симптомов натяжения нервных корешков нижних конечностей, некоторые из которых были практически идентичны по технике их вызывания. В настоящей работе мы исследовали 37 различных симптомов натяжения. Симптомы были систематизированы нами следующим образом:

- непосредственно симптомы натяжения спинномозговых корешков;
- компрессионные симптомы (возникающие при не посредственной компрессии спинномозгового корешка);
- симптомы, приводящие к повышению внутри позвоночного давления с опосредованным давлением на корешок

- компрессионно-ирритативные (мышечно-дистонические и позднее) симптомы.

Среди симптомов, свидетельствующих о механическом растяжении нерва наиболее часто выявлялись Ласега (91,4%) и, дополняющий его, симптом Брагарда (80%). Из второй группы максимальную оценку по болевой шкале показали симптомы Ларрея (посадки) в 81,4% случаев и Нери (80%). Симптомы Денди и Дежерина, влияющие на резкое повышение внутри позвоночного давления, определялись в 84,3% и в 82,9% соответственно. В последней группе нами были выделены симптомы Меннела, Вартенберга и Брагарда они встречались более, чем у 80% обследуемых. Особое внимание было уделено рубцово-спаечному эпидуриту, как одной из редко диагностируемых патологий, которая является причиной трудно поддающихся лечению болей в пояснично-крестцовой области позвоночника. Эмпирическим путем нами был выделен определенный симптомокомплекс, включающий в себя группу симптомов, позволяющих с высокой степенью достоверности определить рубцово-спаечный эпидурит: симптомы Ротенпиллера, Дежерина, Гольдфлама-Брагарда, Хувера, Бехтерева-3 и Гендлера.

Выводы. Таким образом, симптомы натяжения корешков принадлежат к облигатным признакам пояснично-крестцовых радикулопатий, что позволяет существенно расширить методы дифференциальной диагностики болей в спине.

Ламбина Е.А., 3-курс

СИНДРОМ ПРАДЕРА-ВИЛЛИ (ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)

Научный руководитель: к.м.н., доц. Савельева Е.В.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская Федерация

Кафедра факультетской педиатрии, эндокринологии

Синдром Прадера-Вилли (СПВ)-мультисистемное генетическое заболевание, развивающееся в результате недостаточной экспрессии унаследованных от отца импринтированных генов на хромосоме 15q11-q13. Распространенность этого синдрома в мире составляет 1 на 50 000, а рождаемость-1 на 30 000. Большинство (около 70%) случаев СПВ обусловлено микроделецией длинного плеча 15 хромосомы (15q11-q13). Остальные случаи связаны с унипарентальной дисомией – в данном случае с наследованием обеих 15 хромосом от матери. В неонатальном периоде это тяжелая мышечная гипотония и проблемы с кормлением, которые в раннем детстве сменяются гиперфагией, в короткие сроки приводящей к морбидному ожирению. В период детства выявляется низкорослость, а в подростковом возрасте-гипогонадизм. Для СПВ также характерно нарушение дыхания, в частности, апное во сне. Кроме этого, все пациенты имеют сложности в обучении и серьезные поведенческие проблемы.

Цель. Описать клинический случай синдрома Прадера-Вилли у ребенка 3 лет

Материалы и методы. Проведен анализ истории развития (у.ф.112), медицинской карты стационарного больного.

Клинический диагноз: Синдромальная низкорослость. Синдром Прадера-Вилли. Последствия раннего органического поражения головного мозга с задержкой психомоторного развития. Дисплазия сердца: межпредсердное сообщение. Плосковальгусная деформация стоп.

Жалобы при поступлении: задержка физического развития, задержка психомоторного развития. Медико-биологический анамнез: ребенок от 3 беременности, протекавшей на фоне ОРВИ в первом триместре, многоводия с 30 недели, хронического пиелонефрита, ФПН, гестационного сахарного диабета, ОАА, 1 оперативных родов на 36 неделе гестации (обвитие пуповины, гипоксия плода). Масса при рождении 1900 г, рост 45 см. По шкале Апгар 5/7 баллов. После рождения переведена в отделение недоношенных, где находилась до 1.5 месяцев с диагнозом: Спинальная амиотрофия. ЗВУР 2 степени. Находилась на зондовом питании до 5 месяцев. Анамнез заболевания: на первом году жизни обращала на себя внимание задержка моторного развития, выраженная гипотония мышц, дисплазия тазобедренных суставов, в связи с чем ребенок консультирован генетиком, проводилось обследование на обменные заболевания-без патологии. Также в 1.5 года проведена ДНК-диагностика на синдром Прадера-Вилли. Выявлено отсутствие метилированного аллеля промоторной области гена SNRPN. Выставлен диагноз: Синдром Прадера-Вилли. В 1 год 9 месяцев: 76.5 см., 7 кг. Сидит с 11 месяцев, начала ходить в 2 года 2 месяца. В апреле 2018 года обследована в эндокринологическом отделении, назначен соматотропин в дозе 0.45 мг. За первые 6 месяцев лечения выросла на 7 см, за второе полугодие лечения выросла на 4.5 см. Госпитализируется для контрольного обследования и коррекции дозы соматотропина. Генетический анамнез: со слов матери не отягощен.

Объективно: состояние средней тяжести. Положение: активное. Сознание: ясное. Телосложение: феминное. В фенотипе стигмы дизэмбриогенеза: маленькие кисти и стопы, миндалевидные глаза, узкие губы. Кожные покровы: бледные, чистые, умеренной влажности. Лимфоузлы: не увеличены, эластичные. Подкожно-жировой слой развит слабо, истончен равномерно. Отеков и пастозности нет. Мышцы развиты недостаточно, гипотония мышц нижних конечностей. Костно-суставная система: без патологии. Органы дыхания: без патологии. Органы кровообращения: область сердца визуально не изменена. Верхушечный толчок в 4 межреберье. Тоны сердца: нормальной звучности, ясные, ритмичные, шумы не выслушиваются. Органы пищеварения: без патологии. Органы мочевого выделения: без патологии. Нервная система: утомляемость. Сон спокойный, менингеальные симптомы отрицательные. На осмотр реагирует спокойно.

Эндокринологический статус: возраст: 3 года, 0 мес. Масса 11 кг. Рост 91,5 см. АД 80/55 мм рт.ст. Физическое развитие на 2 года 10 мес. Клинические признаки нарушения функции: есть отставание от паспортного возраста на 2 месяца, SDS роста=-0.45, ИМТ=13,1 кг/м². Норма 15,7. Площадь поверхности тела 0.52м². Щитовидная железа 0 степени увеличения, эластичная, нарушение функции нет. Паращитовидные железы-клинических признаков нарушения функции нет. Судороги в анамнезе отсутствуют. Наружные половые органы сформированы по женскому типу, правильно. Половая формула: Ах₀Рв₀М_{А0}М_{Е0}
Надпочечники: клинические признаки нарушения функции нет

Заключение: ФР-гипосомия, НПП с задержкой.

Выводы. Лечение симптоматическое. Профилактика основана на результатах медико-генетического консультирования. Пациенты с СПВ имеют повышенный риск развития лейкемии в результате снижения репарации ДНК, в связи с чем требуется их динамическое наблюдение.

Мансуров С.

ЮРАК-ҚОН ТОМИР КАСАЛЛИКЛАРИ РИВОЖЛАНИШИДА НОСОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИНИНГ АҲАМИЯТИ

Илмий раҳбар: асс. Очилова Д.А.

Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти. Ўзбекистон
Физиология ва патологик физиология кафедраси

Мақсад. Носоғлом турмуш тарзи ва юрак қон томир касалликлари орасидаги боғлиқликни ўрганиш.

Материал ва услублар. Амбулатор шароитда 20-70 ёшлардаги аҳолиси орасидан репрезентатив танлаш йўли билан 127 та киши ажратиб олинди. Танлаб олинган аҳолининг ёш ва жинс таркиби деярли бир хир бўлди. Танлаб олинган аҳолини проспектив усулда тўлиқ клиник, лабаратор ва инструментал текширувлардан ўтказдик. Текширувда: артериал қон босими, Кетле индекси (тана вазни/(бўй)² формула орқали аниқланди), бел ва сон айланалари, 12 та уланишдаги ЭКГ, қондаги глюкоза миқдори (уч карра – наҳорда ва синамадан 1 ва 2 соатдан кейин) аниқланди. Қондаги липидлар фракцияси (умумий холестерин, триглицеридлар ва β-липопротеидлар) аниқланди. Шунингдек, махсус сўровнома орқали кўкрак қафасидаги оғриқлар (Роуз анкетаси), зарарли одатлар, ирсий мойиллик ва психологик ҳолатлар ҳам ўрганилди. Текширилган кишилардан қуйидаги гуруҳларга ажратилиб, юрак томир касалликлари ўрганилди: 1-гуруҳ ортиқча тана вазнига эга бўлган ва кам ҳаракат турмуш тарзида яшовчи кишилар. 2-гуруҳ зарарли одатлари бор бўлган кишилар. 3-гуруҳ астеноневротик белгилари бор ва доимий асабий ҳолатда юривчи кишилар. 4-гуруҳ ортиқча тана вазнига эга, кам ҳаракат, зарарли одатлари ва астенеаротик белгилари бор бўлган кишилар. Назорат гуруҳи сифатида соғлом турмуш кечирувчи нормал тана вазни, фаол, зарарли одатлари бўлмаган кишилар қатнашди.

Натижалар. Аҳоли орасида носоғлом турмуш тарзи элементи сифатида гиподинамия, ортиқча тана вазни (ОТВ), зарарли одатлар (чекиш, спиртли ичимликлар ичиш), рухий эмотционал зўриқиш ҳолатлари ўрганилди. Эркаклар орасида спиртли ичимликлар ичиш 83%, чекиш 64,1% учраган бўлса, аёлларда асаб-рухий зўриқиш 36,5% га тарқалганлиги аниқланди. Носоғлом турмуш тарзи ва юрак қон томир тизими касалликлари орасидаги боғлиқликни аниқлаш мақсадида ҳар бир носоғлом турмуш тарзида яшовчилар соғлом турмуш тарзига риоя қилувчилар орасидаги касалланишни ўргандик. Юрак қон томир касалликлари юрак ишемик касаллиги (ЮИК) ва артериал гипертензия (АГ) мисолида ўрганилди. Кам ҳаракат, ортиқча тана вазнига эга бўлган кишиларда АГ 47,2% ни, ЮИК 91,7% ни ташкил қилмоқда. Разорат гуруҳига нисбатан АГ 2,5 мартага, ЮИК 9,3 мартага кўп учради. Спиртли ичимликларни тез-тез истеъмол қилувчиларда АГ 28,4% ни, спиртли ичимликларни ичмайдиганлар орасида 15,2% ни ташкил қилди. Чекувчиларда АГ 26,1% ни, чекмайдиганларга эса 10,5% ни ташкил қилди. АГ ва ЮИК рухий ҳолати барқарор кишиларга нисбатан стресс билан тўкнашувчилар орасида деярли 3 барабар кўп ривожланади – АГ 42,6%, ЮИК – 58,3%.

Хулоса. Зарарли одатлар, ортиқча тана вазни, гиподинамия ва стресс омиллар юрак қон - томир касалликларини ривожланишида муҳим аҳамият касб этади. Соғлом турмуш тарзида ҳаёт кечирувчиларда юрак қон-томир тизими касалликлари хавфи сезиларли даражада камаяди. Дунёнинг йирик илмий марказлари тадқиқотларида қайта-қайта таъкидланаётган бу фикр бизнинг текширишларимизда ҳам яна бир марта ўз исботини топди.

Мирзаев С.Г., 5-курс, Молчанов Н.С., 5-курс

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ГОРОДСКОГО И СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

Научный руководитель: к.м.н., доц. Абдулкадырова С.О.

Дагестанский государственный медицинский университет. Российская Федерация

Кафедра госпитальной терапии №1

Около 34-46% мужчин и 32-46% женщин (в зависимости от региона) страдают ГБ. Несмотря на широкий спектр используемых препаратов, АГ приводит к тяжелым осложнениям с летальным исходом. Вклад АГ в смертность лиц среднего возраста от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) составляет 40%, а в смертность от мозгового инсульта - 70-80%.

Эффективность проводимой терапии во многом определяется тем, в какой степени пациент следует указанным рекомендациям, или приверженностью к лечению. К сожалению, приверженность к гипотензивной терапии у пациентов с АГ находится на низком уровне. Низкая приверженность к гипотензивной терапии может быть обусловлена недооценкой последствий АГ, отсутствием острой клинической симптоматики, частым приемом гипотензивных препаратов, их стоимостью.

Цель. Оценить приверженность к гипотензивной терапии городского и сельского населения, предложить способы по ее улучшению

Материал и методы. Исследование проведено в 2018гг. на базе терапевтического отделения МКБ, кардиологического отделения 1й городской больницы (кардиология-1) и кардиологического отделения РКБ (кардиология-3). Для сбора материала была разработана анкета, которая включала 19 вопросов. Участвовали в анкетировании 60 пациентов: 30 городских (15 мужчин и 15 женщин) и 30 сельских (15 мужчин и 15 женщин). Возраст опрошенных от 38 до 86 лет.

Методы исследования: сбор материала путем заполнения пациентами анкет, анализ, синтез и сопоставление полученной информации.

Результаты. 13,3% (из них 6,6% - представители горных районов, 6,6% - равнинных) пациента сельского населения не принимают никаких гипотензивных препаратов, несмотря на имеющиеся амбулаторные рекомендации. У городских пациентов этот показатель в 2 раза выше – почти 27%. Стоит отметить, что 20% городских и 13,3% (из них 9,9% - представители горных районов, 3,3 – предгорных) сельских пациента принимают капотен только при повышении АД. Наиболее популярными гипотензивными препаратами, применяемыми городскими пациентами, являются: Диротон (37%), Конкор (37%), Энап (25%), Экватор (18,7%). Сельские пациенты при лечении чаще всего применяют Конкор (27,2%), Диротон (22,7%), Атенолол (9%), Лозап (9%).

Выводы. По нашим исследованиям наиболее приверженными к гипотензивной терапии являются пациенты сельской местности. Наиболее популярными препаратами, используемыми городским и сельским населением, являются Диротон, Конкор и Экватор. Рекомендовать больным комбинированные формы препаратов и проводить просветительную работу среди городского и сельского населения для улучшения приверженности к гипотензивной терапии

Мирзаев С.Г., 5-курс, Кудиясулов Г.А., 5-курс, Молчанов Н.С., 5-курс
АРИТМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Научный руководитель: к.м.н., доц. Абдулкадырова С.О.

Дагестанский государственный медицинский университет. Российская
Федерация

Кафедра госпитальной терапии №1

Осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы являются наиболее частыми причинами смерти при хронической болезни почек (ХБП). Аритмии, наряду с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца являются факторами неблагоприятного кардиального прогноза, риска развития внезапной смерти. В настоящее время многие аспекты нарушений ритма у больных с ХБП остаются недостаточно ясными. В частности,

недостаточно изучены роль электролитных нарушений и уремии интоксикации в развитии аритмий

Предупреждение жизнеопасных аритмий и как их следствие внезапной кардиальной смерти позволит снизить частоту летальных исходов и продлить жизнь пациентов с ХБП.

Цель. Выявить взаимосвязь между аритмиями и возникающими при ХПН электролитными нарушениями, уремии интоксикацией, а также частоту наиболее часто встречающихся аритмий в отделении нефрологии ГБУ РД «РКБ»

Материал и методы. Исследование проводилось на базе отделения нефрологии ГБУ РД «РКБ». В нем принимали участие 48 пациентов с ХПН (23 мужчин и 25 женщин), имевших в анамнезе перебои в работе сердца. Возраст пациентов от 41 до 75. Всем пациентам было проведено обследование, которое включало: общеклиническое обследование, определение креатинина, мочевины и электролитов (Na, Cl, Ca, P, K), проведение суточного ЭКГ-мониторирования. Критерии исключения из исследования: заболевания щитовидной железы и паращитовидной железы, инфаркт миокарда.

Результаты. По результатам подсчёта скорости клубочковой фильтрации на основании уровня креатинина сыворотки крови, пола и возраста, роста и массы тела выявлена ХБП: 1 ст – 0%, 2 ст – 14.6% (7 чел.), 3а ст – 60.4% (29 чел.), 3б ст – 25% (12 чел.), 4 ст – 0%, 5 ст – 0%.

У 1 пациента выявлены электролитные нарушения в виде гипокалиемии и гипернатриемии

Частота нарушений ритма представлены на табл. 1

Таблица 1

	Частота нарушений ритма		
	2 ст (7 чел)	3а ст (29 чел)	3б ст (12 чел)
Одиночные НЖЭ	14,28% (1 чел)	31,03% (9 чел)	41,67% (5 чел)
Парные НЖЭ	0 %	3,44% (1 чел)	16,6% (2 чел)
Групповые НЖЭ	0 %	0 %	0 %
Наджел. тахикардия	0 %	0%	0%
Одиночные ЖЭ	28.57% (2 чел)	24,1% (7 чел)	33,3% (4 чел)
Парные ЖЭ	0 %	3,44% (1 чел)	8,3% (1 чел)
Групповые ЖЭ	0 %	0 %	0 %
Желуд.	0 %	0 %	0 %

тахикардия

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о наличии коррелятивной связи между аритмиями и уровнем креатинина сыворотки крови. Наиболее часто встречаются одиночные НЖЭ – у 31,25% (15 чел.) и одиночные ЖЭ – у 27,08% (13 чел.)

Молчанов Н.С., 5-курс, Мирзаев С.Г., 5-курс, Джамалудинова А.Д., 5-курс
**РАЗВИТИЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ОБОИХ ТИПОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ
ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Научный руководитель: к.м.н. Абдулкадырова С.О.

Дагестанский государственный медицинский университет. Российская
Федерация

Кафедра госпитальной терапии №1

Под термином «диабетическая нефропатия» (ДН) понимают специфическое поражение почек при сахарном диабете (СД), сопровождающееся формированием узелкового и диффузного гломерулосклероза, терминальная стадия которого характеризуется развитием хронической почечной недостаточности (ХПН). Мало изученными вопросами диабетологии остаются поражение почек у больных СД 2 типа и факторы, определяющие темпы прогрессирования данного осложнения. Это тем более тревожно, что распространенность почечной недостаточности нарастает особенно очевидно за счет больных СД 2 типа. В России, по данным Государственного регистра больных сахарным диабетом, распространенность ДН при СД 2 типа в среднем составляет 8%, что ниже мировых значений в 5 раз. Активный скрининг больных СД 2 типа установил, что истинная распространенность ДН превышает зарегистрированную в различных регионах России в 2-8 раз. Важно отметить, что наряду с классическим диабетическим гломерулосклерозом у больных СД 2 типа часто развивается поражение почек недиабетического генеза: хронический пиелонефрит, почечнокаменная болезнь, хронический гломерулонефрит, ишемическая нефропатия, уратная нефропатия, анальгетическая нефропатия [1].

Цель исследования. Выявить скорость прогрессирования диабетической нефропатии у выбранного контингента пациентов, установить корреляционную зависимость с продолжительностью заболевания. Определить группы риска по скорости развития диабетической нефропатии.

Материалы и методы исследования. Архив с историями болезни отделения диабетологии ГБУ РД "Республиканская клиническая больница", отделения эндокринологии ГБУ РД "ДРКБ им.Н.М.Кураева", дневного стационара РЭЦ в составе ГБУ РД «РДЦ». Методы исследования: анализ

историй болезни пациентов. Сбор анамнеза у пациентов, находящихся в данный момент на стационарном лечении.

Результаты исследования. Проанализировано 221 история болезни за период от 1.01 до 12.12. 2017 года - 101 история болезни пациентов ДРКБ имени Н.М. Кураева, 55 историй болезни из дневного стационара Республиканского эндокринологического центра, 65 историй болезни пациентов отделения диабетологии РКБ. Принимая во внимание, что по международным данным максимальный пик развития ДН наблюдается при длительности заболевания от 20 до 30 лет [2], у пациентов с диабетом 1 типа в расчет берется снижение скорости клубочковой фильтрации относительно длительности заболевания.

Среди пациентов с сахарным диабетом 1 типа, манифестировавшим в допубертатном возрасте и страдающих заболеванием менее 8 лет снижение СКФ не зарегистрировано. Среди таковых с продолжительностью заболевания свыше 9 лет зарегистрировано незначительное снижение от 88 до 79 мл/мин/1.73м². Среди пациентов с сахарным диабетом 1 типа, манифестировавшим в пубертатном периоде и страдающих заболеванием менее 8 лет зарегистрировано снижение СКФ, микроальбуминурия. У 4 пациентов патологическое увеличение СКФ (свыше 120 мл/мин/1.73м²) что соответствует стадии гиперфункции по классификации ДН по Моргенсену 1982 года. Среди пациентов РКБ выявлено 2 случая заболевания сахарным диабетом 1 типа, манифестировавшим после пубертата (в 24 года и 31 год). Стаж заболевания у обоих свыше 5 лет. СКФ соответствует норме. Среди пациентов с сахарным диабетом 2 типа, страдающих заболеванием менее 10 лет (11 человек) у 6 присутствует выраженная микроальбуминурия, у 3 снижение СКФ менее 60 мл/мин/1.73м², но микроальбуминурия менее выражена. У 1 больного ХПН, назначен гемодиализ. Среди пациентов с сахарным диабетом 2 типа, страдающих заболеванием свыше 10 лет, у 60% имеется диабетическая нефропатия 1 стадии по ВОЗ (стадия микроальбуминурии), у 23% - снижение СКФ от 89 до 65 мл/мин/1.73м²). У 7% нет никаких признаков диабетической нефропатии. Среди пациентов с сахарным диабетом 2 типа, страдающих заболеванием свыше 15 лет, у 80% присутствует ДН 1 стадии, еще у 20 – ДН 2 стадии (по ВОЗ – стадия протеинурии), у 1 пациента со стажем заболевания 14 лет – выраженная протеинурия 4.5 г/л, пиелит, цилиндринурия.

Так же присутствуют 8 пациентов с продолжительностью заболевания свыше 19 лет – у 6 из них ДН 2 стадии, у 1 – ДН 1 стадии.

Выводы. В целом наблюдается прямо пропорциональная зависимость развития диабетической нефропатии с длительностью заболевания – чем длительнее болезнь, тем дальше прогрессирует патологический процесс в клубочках и канальцах почек, при этом скорость процесса неодинакова: она ниже у пациентов с сахарным диабетом 1 типа допубертатной манифестации. По итогам исследования сформированы две группы риска по скорости прогрессирования ДН:

Группа №1. Наибольшая скорость прогрессирования ДН наблюдается в группе пациентов с сахарным диабетом 1 типа, манифестировавшем в пубертатном периоде. Это объясняется тем, что у детей в пубертатном периоде отмечается крайне лабильное течение сахарного диабета 1 типа.[3]. Группа №2. Пациенты с сахарным диабетом 2 типа, страдающие заболеванием менее 10 лет. Парадоксальная ситуация объясняется скорее всего следующими факторами: трудоспособный возраст пациентов, характер их профессии, стрессовые профессиональные факторы, вредные привычки (6 пациентов данной группы признались в употреблении алкоголя, все курят), характер питания.

Список литературы

- 1 - ФГУ Эндокринологический научный центр Росмедтехнологий В рамках Федеральной целевой программы «Сахарный диабет» М.В. Шестакова, М.Ш. Шамхалова, Москва, 2009г. Стр 1-4.
- 2 - "Диабетическая нефропатия : состояние проблемы в мире и в России", М.В. Шестакова Ю.И. Сунцов И.И. Дедов, Эндокринологический научный центр РАМН, Москва, 07.06.2010г.
- 3 - Дедов И. И., Кураева Т. П., Петеркова В. А. Сахарный диабет у детей и подростков. ГЭОТАР-Медиа, 2013.

Мухамедияр Г.Р., Абдикалик Б.К., Султанова Ж.К., Жамалова У.С., Кузарбаев А.С. – студенты 3-курса, специальности фельдшер

ОСОБЕННОСТИ ТЯЖЕЛЬ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА НА ОСНОВЕ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВЕННОГО И КОЛИЧЕСТВЕННОГО СОСТАВА МИКРОЭЛЕМЕНТОВ В КРОВИ

Научный руководитель: Кемельбеков К.С.

Авимед многопрофильный колледж, г.Шымкент, Казахстан

Все живые существа на 99% состоят из 12-ти наиболее распространенных элементов, часть из них (железо, йод, медь, цинк, кобальт, хром, молибден, никель, ванадий, селен, марганец, мышьяк, фтор, кремний, литий) считается эссенциальными, т.е. жизненно необходимыми. Четыре других (кадмий, свинец, олово, рублидий) являются относительно эссенциальными микроэлементами[1,2].

Микроэлементы, вызывающие интоксикацию организма, являются компонентом антропогенного загрязнения окружающей среды [3]. В норме они не присутствуют в организме. По данным Всемирной организации здравоохранения около 35% болезней могут быть связаны с эколого-гигиеническими и производственно-профессиональными факторами риска. В комплексе факторов, влияющих на здоровье в трудоспособном возрасте, важную роль играют профессиональные риски: от 20 до 40% трудовые потери обусловлены заболеваниями, прямо или косвенно связанными с неудовлетворительными условиями труда [4,5]. Однако микроэлементный состав крови у лиц, работающих во вредных условиях труда и проживающих в

неблагоприятных эколого-гигиенических селитебных зонах остается не изученным. Остаются не разработанными подходы к дезинтоксикации и нормализации микроэлементного состава организма пациентов [6].

Индустриальные города - экстремальная зона обитания, вся биосфера которых загрязнена солями тяжелых металлов индустриального происхождения[7]. Основными источниками являются: металлургическое производство, сжигание промышленных отходов, высокая плотность автомобильного движения. В литературе достаточно изучена роль МЭ в формировании иммунологической реактивности организма при хронических бронхо-легочных заболеваниях. Работы касающиеся влияния хронического воспалительного процесса в бронхах на содержание в крови МЭ, единичны и относятся, в основном, к изучению железа и меди [8].

Исходя из значимости меди в созревании белков в соединительной ткани, связи свинца и цинка с внутриклеточными и плазменными белками (глобулинами), участия железа и марганца в окислительно-восстановительных процессах, было изучено содержание двенадцати МЭ (железа, мед, цинк, кальций, марганец, магний, кремний, алюминий, фосфор, свинец, титан, серебро) в крови у больных хроническими легочными патологиями.

Цель. Анализ особенности тяжести клинического течения хронического обструктивного бронхита на основе качественного и количественного состава микроэлементов в крови населения.

Объекты и методы исследования. Обследовано 72 больных (44 женщин, 28 мужчин) ХОБЛ, в возрасте от 29 года до 65 лет, с длительностью заболевания от 1 года до 10 лет. У всех больных изучалось содержание МЭ методом эмиссионного спектрального анализа.

Основные результаты исследования. В цельной крови и эритроцитах больных (при сравнении с контролем), независимо от их пола, выявлено повышение в 2,1 раза уровня марганца, а содержание железа и меди было более высоким только в крови (в 0,9 и 1,3 раза соответственно).

Увеличение железа, меди, марганца - элементов, ответственных за тканевое дыхание иммунобиологическую реактивность организма, повидимому, является проявлением защитно-компенсаторной реакции организма. В крови больных ХОБ происходит нарушение содержание железа. Так у 51,48 % лиц оно было повышенным, у 48,52% - сниженным. Причем, в динамике не наблюдалось стабильности в уровне железа, такие изменения нарушают окислительные и ферментативные процессы, способствуют развитию гипоксии вялотекущим формам болезней.

Степень снижения для многих элементов зависела от давности процесса. У больных до 5 лет болезни содержание магния, кальция, алюминия, цинка, фосфора в эритроцитах было ниже нормы в среднем на 23%, от 5 до 10 лет болезни - на 41%. Изучение концентрации МЭ в крови больных ХОБ в динамике процесса показало, что биоэлементы не нормализуются к концу лечения и остаются сниженными еще длительное время (3-4 месяца). Возможно, это обусловлено вялотекущим характером воспалительного

процесса в бронхах, не прекращающимся и после проведенного лечения по поводу обострения заболевания. Это находит свое отражение в особенностях клинического течения ХОБ. У больных на фоне снижения уровня кальция, меди, цинка наблюдались более стойкие клинические признаки заболевания (сухие хрипы, стойкая обструкция и одышка, затрудненное отхождение мокроты, слабость), затяжное течение процесса, трудно поддающееся лечению.

Выводы. Таким образом, полученные данные указывают, что длительное на протяжении многих лет антигенное раздражение, которое имеет место у больных ХОБ, приводит к снижению функции В-лимфоцитов (Ig A и Ig M крови, что обусловлено, видимо, меняющейся концентрацией МЭ.

Благоприятным прогностическим признаком является синхронное повышение уровня меди, цинка, кальция и неспецифической реактивности организма. Установленные нами количественные изменения МЭ, их связь с иммунологической реактивностью организма больного необходимо учитывать при лечении и профилактике обострения ХОБЛ.

Список литературы

1. Борисова О.А. Современные лекарственные средства: Новейший справочник / О. А.Борисова, И. А.Павлов, А. Е.Половинко. – СПб.: Сова; М.: ЭКСМО, 2004. – 824 с.
2. Ильченко И.Н., Вялков А.И., Сырцова Л.Е., Ляпунов С.М., Окина О.И. О создании системы диагностики и профилактики изменений здоровья детей, обусловленных воздействием тяжелых металлов // Гигиена и санитария – 2007. – № 6. – С. 70–73.
3. Сусликов В.Л. Геохимическая экология болезней. Т.2: Атомовиты. М.: Гелиос, 2000. 668 с.
4. Кашапов Н.Г., Лукачева Т.А., Кучма В.Ф. Гигиеническая оценка влияния факторов окружающей среды на здоровье подростков в нефтегазодобывающем регионе. // Гигиена и санитария. – 2008. – № 4. – С.15–17.
5. Хронические бронхолегочные болезни у детей как проблема современной педиатрии. Под ред. С.Ю. Каганов, Н.Н. Розина, В.Н. Нестеренко, Ю.Л. Мизерницкий .М.: Академия, 2003. -300 с.
6. Al-Saleh E. et al. Maternal-fetal status of copper, iron, molybdenum, selenium and zinc in patients with gestational diabetes //J. Matern. Fetal Neonatal. Med. 2004. Vol. 16, N1. P.15-21.
7. Cunzhi H. et al. Serum and tissue levels of six trace elements and copper/zinc ratio in patients with cervical cancer and uterine myoma //Biol. Trace Elem. Res. 2003. Vol. 94, N2. P. 113-122.
8. Fota-Markowska H. et al. Copper/zinc ratio in measles patients //Ann. Univ. Mariae Curie Sklodowska [Med]. 2003. Vol.58, N1. P.291-296.

Majidova M.A., magistrant, 2-bosqich

**QARIYALARDA METABOLIK SINDROM KOMPONENTLARINING
UCHRASH KO'RSATKICHLARI**

Ilmiy rahbar: t.f.n. Jo'raeva H.I.

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti. O'zbekiston.
Ichki kasalliklar va endokrinologiya kafedrası

Maqsad. Qariyalarda metabolik sindrom ayrim komponentlarining uchrash darajasini o'rganish.

Material va uslublar. Tekshirish ishlari Buxoro shahar oilaviy poliklinikalardan birida olib borildi. Tekshiriladiganlarning yoshi 60-79 yoshdagilar tashkil qildi. Jami 56 kishi tekshirildi. Ulardan 27tasi ayol va 29 tasi erkak. Nazorat ostidagi hamma bemorlarda arterial bosim, tana massasi (Ketle indeksi) aniqlandi. Ortiqcha tana vazni quyidagi: $\text{vazn (kg)/bo'yi(m)}^2$ formula orqali aniqlandi. Ketle indeksi ko'rsatkichi 20,0-24,9 bo'lganda me'yoriy tana massasi, 25-29,9-ortiqcha tana vazni, 30 va undan ortiq semizlik deb olindi. «FindRisk» so'rovnoma orqali qandli diabet xavfli omillari aniqlandi. Venoz qonda glyukoza va umumiy xolesterin miqdori tekshirildi.

Natija. Qariyalarni tekshirish natijasi shuni ko'rsatdiki, semizlikning tarqalishi 39,24% tashkil qildi. Shundan I-darajali semizlik 21,4%, II-darajali semizlik 10,7%, III-darajali semizlik 7,14%. Ortiqcha tana vazni 41,07% kishida aniqlandi. Arterial bosimning o'rtacha ko'rsatkichlari: sistolik 140 ± 20 mm sim.ust va diastolik 90 ± 10 mm.sim.ust. tashkil qildi. Umumiy xolesterin miqdori me'yordan yuqori 72,21% holatda aniqlandi. Tekshirish davomida tekshirilganlar orasidan anketa-so'rovnoma yordamida qandli diabet xavf omili mavjud kishilar ajratib olindi. Tekshirish davomida 19,64% kishida oldindan qandli diabeti borligi, 7,14% kishida birinchi marta qandli diabet aniqlandi.

Xulosalar. Shunday qilib, qariyalarni tekshirish natijasi shuni kursatdiki ular orasida metabolik sindromning ayrim komponentlari semizlik, ortiqcha tana vazni, giperxolesterinemiya va qandli diabet yuqori darajada tarqalgan ekan.

Неъматуллаева М., 2-курс

**ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЭКСТРАЭЗОФАГЕАЛЬНЫХ
СИМПТОМОВ У БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ
РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

Научный руководитель: к.м.н., доц. Хазратов У.Х.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.
Узбекистан

Кафедра пропедевтики внутренних болезней и ВСД

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) за последние годы исподволь превратилась из менее приметной в широко дискутируемую патологию пищеварительного тракта. Клиническая картина этого заболевания

полиморфна, имеет множество «масок». Среди которых особый интерес вызывает «лёгочная» маска.

Цель. Изучить частоту встречаемости “лёгочных” симптомов у больных ГЭРБ.

Материалы и методы. Были обследованы 24 больных с ГЭРБ в возрасте 45-60 лет. Диагноз ГЭРБ верифицировался с помощью современных методов исследования, включая: рентгенологические, эндоскопические, пикфлоуметрические (Vitalograf), спирографические (Medicor) и др. У всех больных ГЭРБ ассоциированной с “лёгочными” симптомами эндоскопически идентифицировались 1-2 стадии рефлюкс-эзофагита согласно классификации Савари-Миллера. Изучали частоты встречаемости симптомов обструкции, кашля, боли в грудной клетке, дисфонии.

Результаты. У больных мужского пола симптомы поражения дыхательных путей обнаружено гораздо чаще чем у женщин. При этом, характерные симптомы: ночной кашель отмечались у 39,7% у мужчин, 32,4% женщин, приступы удушья у 12% мужчин и 8% женщин, осиплость голоса – у 17,4% мужчин и 11,5% женщин, страдающих ГЭРБ, включенных в круг обследования. Признаки поражения слизистых оболочек полости рта в виде гиперемии и отека и изъязвления обнаружили у 31% мужчин и 23% женщин. Бронхоскопическим методом выявлено гораздо чаще признаков поражения правого бронха, в виде гиперемии, отека, эрозии и язвы у 22% мужчин и 17% женщин. Снижение показателя пикфлоуметрии отмечали у мужчин на 35%, у женщин на 32% по сравнению к должным величинам. Также обнаружили снижения ОФВ_{1,0} у лиц мужского и женского пола соответственно на 44% и на 39%. Выявлено умеренное снижение показателей проходимости бронхов крупного, среднего и мелкого калибра которые свидетельствуют об обструкции и диффузного поражения бронхиального дерева.

Выводы. Таким образом, на основании проведенного исследования можно заключить, что частота проявления “экстраэзофагеальных” симптомов у больных ГЭРБ отмечается часто и требует применения меры предупреждения прогрессирования заболевания

Oltiboyev R., 2-bosqich

BIRLAMCHI TIBBIY BO'G'IN SHAROITIDA GIPERTONIYA KASALLIGINI STANDART ASOSIDA OLIB BORISHNI TAHLIL QILISH

Ilmiy rahbar: ass. Rajabova G.H.

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti. O`zbekiston

Ichki kasalliklar va endokrinologiya kafedrası

AG barcha ixtisoslikdagi shifokorlarning amaliy faoliyatida tez-tez uchraydigan sindrom hisoblanadi. So'nggi ma'lumotlarda keltirilishicha jahonda 20 yoshdan oshgan aholining 27% ga yaqinida AG kuzatiladi. JSST ekspertlari xulosalariga ko'ra 2025-yilga kelib bu ko'rsatkich 29%ni tashkil etib ,bemorlar soni 1mlrd,56mln ga yetadi. O'zbekistonda AG oshishi barcha aholining 13-15%da, 40-59

yoshdagilarda esa 30,4% dan ko'proq hollarda qayd etilgan. AG bilan UASH ga murojaat qiluvchilar AQSH da 3-o'rinda (profilaktik ko'ruv va O'RVI dan keyin). O'zbekistonda BTSYoga murojaat qiluvchilar orasida 2-o'rinda AG bilan kasallanganlar tashkil qiladi. Profilaktik tadbirlarning optimal bo'lmaganligi kasallikning keng tarqalishiga sabab bo'lmoqda. Aholining o'z sog'ligiga nisbatan e'tiborsizligi kasallikning kech diagnostikasiga sabab bo'lmoqda.

Maqsad. Buxoro shahar 4-son oilaviy poliklinika hududida yashovchi aholi orasida arterial gipertoniyaning tarqalishini o'rganish va ko'rsatilayotgan tibbiy xizmatni baholash.

Material va uslublar. Tekshirish ishlari Buxoro shahar 4-son poliklinikasida 2- UAV dahasida olib borildi. Tekshirish ishlarini olib borishda yurak qon tomir kasalliklari bilan nazoratda bo'lgan bemorlarning 025Y va 030 dispenser kartasidagi hamda 2018 yilda o'tkazilgan tibbiy ko'rik ma'lumotlaridan foydalanildi.

Natija va tahlillar. Buxoro shahar 4-son poliklinikasida 2- UAV dahasida aholi soni-2800 ta. Gipertoniya bilan xastalanganlar soni-169 ta. Tekshirilgan 50 ta ambulatoriya karta bo'yicha 42% erkaklar, 58% ayollar AG bilan xastalangan. Xavf guruhlari bo'yicha: xavf juda yuqori guruh-50%, xavf yuqori guruh-30%, xavf o'rta guruh-14%, xavf kam guruh-6%. Bu ko'rsatkichlardan ma'lum bo'ladiki AG kech diagnostika qilinayotganligi sababli xavf juda yuqori guruh ko'rsatkichi katta foizni egallayapti.

Bemorlarni standart bo'yicha olib borilish ko'rsatkichlari: xavf kam guruhdagi bemorlar soni 3ta. AB ni o'lchash- to'liq o'tkazilgan; Siydikda oqsilni aniqlash: 2 B-1marta, 1B -0; Qonda glyukozani aniqlash-1B-1marta, 2 B-0; EKG tahlili- 2B-1marta, 1 B-0; Ko'z tubini tekshirish-3 B-0; Plazmada kreatinin, siydik kislota, xolestirin aniqlash-3 B-0;

Xavf o'rta guruh. bemorlar soni 7 ta. AB ni o'lchash- 5 bemorda -4 marta, 2 bemorda -2 marta; Siydikda oqsilni aniqlash-3B-2marta, 2B-1, 2B-0; Qonda glyukozani aniqlash- 4B-1marta, 3B-0; EKG tahlili -3B-1marta, 4B-0; Ko'z tubini tekshirish -7B-0; Kardiolog konsultatsiyasi-7B-0; Plazmada kreatinin, Siydik kislota, xolesterin 7B -0.

Xavf yuqori va o'ta yuqori guruh: bemorlar soni 40ta. AB ni o'lchash-6B-12, 4B-9, 24B-5, 6B-7; Siydikda oqsilni aniqlash-3B-4, 4B-2, 33B-1; Qonda glyukozani aniqlash-24B-2, 16B-1; EKG tahlili-14B-2, 26B-1; Ko'z tubini tekshirish-3B-1, 37B-0; Kardiolog konsultatsiya-5B-2, 24B-1, 11B-0; Nevrolog konsultatsiya-2B -1, 38B-0; Plazmada kreatinin,siydik kislota,xolesterin-8B-2, 10B-1, 22B-0;

Gipotenziv vositalarni ishlatilish ko'rsatkichlari: betta adrenoblokatorlar-96%, antiagregantlar-90%, kalsiy antagonistlari- 0%, apf ingibitorlari-90%, ARA-0%, Diuretiklar-15%. Tekshirilgan 50 ta bemor ambulatoriya kartasidan ma'lumki 19 ta bemorda QD. 36 ta bemorda ortiqcha tana vaznlik bor. 6ta kishida semizlik aniqlandi.

Ko'rilgan ambulator kartalarda 38 ta bemorda diagnoz to'g'ri qo'yilgan. 9 ta bemorda diagnoz to'liq ko'rsatilmagan. 3 ta bemorda diagnoz noto'g'ri izohlangan. Yo'ldosh kasallik QD bo'la turib xavf yuqori deb ko'rsatilgan edi.

Xulosalar. Shuhday qilib, arterial gipertoniyani oldini olishga qaratilgan chora tadbirlar aholi tibbiy madaniyatini oshirishga ham qaratilgan bo`lishi kerak. Shunda birlamchi profilaktikani amalga oshirish yaxshi samara berishi mumkin.

Очилова Д., 4-курс

ПРИМЕНЕНИЕ ОТРУБЕЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С ОЖИРЕНИЕМ

Научный руководитель: асс. Манасова Г.М.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.
Узбекистан

Кафедра внутренних болезней и эндокринологии

По данным специалистов в Узбекистане распространенность сахарного диабета составляет порядка 5%. Однако на диспансерном учете состоят менее половины из них или 127 тысяч 252 больных, из которых 1183 – дети и 533 – подростки. Остальная часть страдающих заболеванием остается не выявленной. Более половины населения Узбекистана (50,1%) имеет избыточный вес (индекс массы тела равен или превышает 25 кг/м²). При этом ожирением (ИМТ \geq 30 кг/м²) страдает каждый пятый житель страны (20,1%). Почти у трети населения (30,8%) выявлено повышенное артериальное давление (\geq 140/90 мм рт.ст.), у 9,1% отмечен увеличенный уровень глюкозы в крови (\geq 6,1 ммоль/л натощак), из них 82% имели избыточный вес, либо ожирение.

Цель. Изучить пользу применения отрубей у больных сахарным диабетом 2 типа с ожирением.

Материалы и методы. Исследование проводилось в БОЭД. Было проанализировано 50 больных сахарным диабетом 2 типа с ожирением (ИМТ в среднем составлял 33,4), из них 34 женщин и 16 мужчин, средний их возраст составлял 56,6 лет. Больные были разделены поровну на две группы по 17 женщин и 8 мужчин: первая группа ежедневно один раз в день употребляла 1 чайную ложку пшеничных отрубей утром, запивая 200 мл водой в дополнении к основной терапии. Вторая группа находилась только на основной терапии. Отруби содержат грубую клетчатку, много витаминов и минералов: практически все витамины группы В, витамин А, С, D, К, Е, РР, Н, бета-каротин, органические соединения лютеин и ликопин. Минеральные вещества в составе отрубей - калий, магний, кальций, йод, цинк, железо, фосфор и другие. Механизм действия: Отруби же помогают вывести из организма тяжёлые металлы, холестерин, радионуклиды. Если есть проблемы со стулом (запоры), они исчезают через несколько дней - количество полезных бактерий в кишечнике быстро увеличивается, а значит, микрофлора восстанавливается. В результате постепенно улучшается состояние кожи, волос и ногтей. А ещё отруби укрепляют иммунитет, улучшают обмен веществ и снижают аппетит.

Выводы. После окончания исследования было выявлено улучшение показателей гликемии (в среднем на 1,6 ммоль/л), и снижение массы тела (в среднем на 0,7 кг), в первой группе, тогда как во второй группе изменения были

не значительными. Так же в первой группе были снижены дозировка сахароснижающих препаратов и инсулина, а так же стул больных стал регулярным.

Исследование показало, что ежедневное употребление пшеничных отрубей способствует улучшению работы кишечника, снижает уровень глюкозы в крови, способствует снижению веса и к тому же является доступным и дешёвым продуктом. Снижение дозы сахароснижающих препаратов и инсулина будет способствовать снижению побочных действий этих лекарств.

Уколова Е.С., 5-курс, Лихограй Л.И., 5-курс, Дробинина А.В., 5-курс, Бутин М.И., 6-курс

САРКОМЫ КАПОШИ В г.ОРЕНБУРГ

Научный руководитель: д.м.н., проф. Воронина Л.Г.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская Федерация

Кафедра дерматовенерологии

Саркома Капоши получила своё название по имени венгерского дерматолога, впервые описавшего заболевание в 1872 году. Распространённость саркомы Капоши не так велика, но среди больных ВИЧ она достигает 40-60%. У этих пациентов саркома Капоши является самой часто встречающейся злокачественной опухолью. По данным проводимых в дерматологии клинических исследований, у мужчин саркома Капоши диагностируется примерно в 8 раз чаще, чем у женщин [1].

К группам риска, в которых развитие саркомы Капоши наиболее вероятно, относятся: инфицированные ВИЧ мужчины, мужчины средиземноморского происхождения в пожилом возрасте, народности Центральной Африки, реципиенты пересаженных органов или пациенты, длительно получающие иммуносупрессивную терапию.

Лечение саркомы Капоши, ассоциированной со СПИДом. На ранних стадиях саркомы Капоши высокоактивная антиретровирусная терапия (ВААРТ) позволяет достичь продолжительной супрессии репликации ВИЧ и восстановления иммунного статуса. Если, несмотря на ВААРТ появляются распространённые высыпания и/или отмечено вовлечение в патологический процесс внутренних органов, присоединяют химиотерапию. Липосомальные антрациклины (в дозе 20 мг/м², в/в, каждые 2-4 недели) наиболее эффективны и лучше переносятся пациентами, чем комбинированные схемы, такие как Блеомицин и Винкристин или оба этих препарата в комбинации с доксорубимицином. Отмечается их более продолжительная терапевтическая эффективность у больных, которые ранее лечились другими химиотерапевтическими препаратами. Для пациентов с антрациклин-резистентностью предложен Паклитаксел (по 135 мг/м², в/в, в течение 24 часов,

1 раз в 3 недели). Не потеряли своего значения интерферон-а и эпидермотропный цитостатик Проспидин.

Местные методы лечения включают: хирургическое иссечение опухолей; деструкцию их жидким азотом; лазерную или фотодинамическую терапию; топическое применение 9-цис-ретиноевой кислоты.

При наличии труднодостижимых участков (нос, рот и т.п.) эффективна лучевая терапия, но её следует применять осторожно. Предпочтение отдаётся терапии пучком ускоренных электронов высокой энергии.

Приводим наблюдение опухолевой саркомы Капоши.

Больной Б., 62 лет, Женат, обратился в Оренбургский областной клинический кожно-венерологический диспансер для уточнения диагноза. Считает себя больным с 2016 г., когда на коже стоп появились красные пятна с последующим их разрешением без лечения. В марте 2017г. высыпания рецидивировали на стопах, а также появились на кистях. Некоторые из них, похожие на опухоли, изъязвлялись. Лечился у хирурга антибактериальными средствами без успеха. Консультирован онкологом, который рекомендовал сделать биопсию опухолевидного образования, предполагая его онкологическую природу.

Объективно: больной среднего роста, правильного телосложения, с умеренно развитой мускулатурой и подкожно-жировой клетчаткой. Со стороны лёгких, сердечно-сосудистой системы и внутренних органов жалоб и патологических изменений нет. Доступные пальпации лимфатические узлы не увеличены. Видимые слизистые свободны от высыпаний. При УЗИ органов брюшной полости отмечены диффузные изменения печени. Клинические анализы крови и мочи - без особенностей.

Кожный патологический процесс носит относительно распространённый характер, локализуясь на коже правой стопы с переходом на голень. На коже подошв визуализируются продольные сплошные инфильтрированные бляшки с гладкой поверхностью красно-коричневого цвета, размерами 4x10 см, под пальцами - единичные небольшие мягкие опухоли на ножке. В области голеностопных суставов, с переходом на боковые латеральные поверхности стоп, отмечаются конгломераты величиной до ладони из плотных безболезненных опухолей с гладкой поверхностью, насыщенно-красного цвета. Субъективные ощущения - парестезии, усиливающиеся при давлении.



Для уточнения клинического диагноза (саркомы Капоши) с согласия больного произведена биопсия кожи с поражённого участка. При гистологическом исследовании в сетчатом слое дермы видны периваскулярные инфильтраты, состоящие из лимфоидных элементов, гистиоцитов и плазмочитов, очаги пролиферации веретеновидных клеток в виде тяжей, переплетающихся в различных направлениях, с формированием узлов различного размера. Имеются мелкие пролиферирующие тонкостенные сосуды. В части узлов - очаговая лейкоцитарная инфильтрация. Сделано заключение: Саркома Капоши, фибробластический вариант (Рис. 3 на вкладке).

С учётом клинико-лабораторных данных и данных патогистологического исследования установлен диагноз: опухолевая саркома Капоши.

При выписке из стационара больному рекомендовано: диспансерное наблюдение; консультация онколога для решения вопроса целесообразности дополнительной цитостатической или лучевой терапии.

Выводы. Интерес к изучению саркомы Капоши, несмотря на то, что описана она была более 140 лет назад, связан с ростом частоты развития этого заболевания, в том числе на фоне ВИЧ-инфекции, иммуносупрессивной терапии хронических системных заболеваний, трансплантации органов и тканей. Саркома Капоши является одним из патологических состояний, на основании которых ставится диагноз СПИДа. Однако недостаточная эффективность диагностики и лечения различных типов саркомы Капоши, оставляет это заболевание на сегодняшний момент серьёзной междисциплинарной проблемой.

Список литературы

1. Российское общество дерматовенерологов и косметологов. Федеральные клинические рекомендации: болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. М.: Деловой экспресс; 2016. 768 с.

Ульянова В.А., 3-курс

ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ (ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)

Научный руководитель: к.м.н., доц. Савельева Е.В.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская
Федерация

Кафедра факультетской педиатрии, эндокринологии

Клинические проявления. Гиперпаратиреоз- это патологическое состояние, развивающееся в результате гиперпродукции паратгормона вне зависимости от форм заболевания.

Первичный гиперпаратиреоз (ПГП) – это заболевание ПЩЖ, проявляющееся избыточной продукцией паратгормона и, что принципиально, развитием синдрома гиперкальциемии.

Вторичный гиперпаратиреоз (ВГП) развивается в результате компенсаторной гиперфункции и гиперплазии ПЩЖ при длительной гипокальциемии и гиперфосфатемии различного генеза.

Третичный гиперпаратиреоз (ТГП) – это развитие автономной гиперпродукции паратгормона гиперплазированными паращитовидными железами (ПЩЖ) или формирование аденомы ПЩЖ при длительно существующем вторичном гиперпаратиреозе.

ПГПТ в 80-85% случаев обусловлен солитарной аденомой околощитовидной железы 88 (ОЩЖ), в 10-15% случаев – гиперплазией нескольких/всех ОЩЖ; в 1-5% – раком ОЩЖ 89. В 90-95% случаев ПГПТ является спорадическим, в около 5% случаев ПГПТ-90 наследственный и возникает, либо как изолированная форма, либо в сочетании с другими 91 клиническими проявлениями. Для ПГПТ в рамках наследственных заболеваний характерно

92 множественное поражение ОЩЖ

Цель. Описать клинический случай гиперпаратиреоза у ребенка 15 лет.

Материалы и методы. Проведен анализ медицинской документации (ф.112, выписка из истории болезни) ребенка 15 лет с диагнозом: Гиперпаратиреоз: нефролитиаз, артериальная гипертензия, миопия.

Результаты. Мальчик Д., 15 лет 1 месяц, дата рождения 19.03.2004г. Поступил планово в эндокринологическое отделение ГБУЗ ОДКБ г.Оренбурга 17.04.19г. *Анамнез жизни:* Ребенок от 1 беременности, 1 срочных родов. Беременность протекала на фоне ОРВИ, хр. гастрита, ОАА. Масса 3400 гр., рост 51 см., голова 35 см., окружность груди 34 см., Апгар 7/8 баллов. Грудное вскармливание до 10 месяцев.

Перенесенные заболевания: ОРЗ 2-3 раза в год, бронхит, пневмония, атопический дерматит, ларинготрахеит, миопия. Сведения об оперативных вмешательствах 2 раза ушибленная рана головы в 5 и 8 лет. Трансфузионный анамнез отрицает. Наследственность: у матери хр. гастрит, многоузловой зоб, у отца - хр. гастрит, у бабушки по линии отца - МКБ.

Пациент 15 лет, считает себя больным в течение нескольких месяцев, в связи с тремя эпизодами переломов костей правой и левой кистей. В августе 2017 года обследован в ЦДХ, где по данным УЗИ почек было выявлено: множественные конкременты правого мочеточника. Получал лечение по месту жительства с диагнозом: Нефролитиаз. Пиелоектазия. ХБ0. ВСД. Гиперпаратиреоз? Ранее стоял на учете у эндокринолога по поводу узлового зоба 1 степени. В марте 2019 года был направлен к эндокринологу КДЦ ОДКБ, где было проведено обследование: паратгормон 282,7 пг/мл (норма 12,0-95,0 пг/мл), витамин Д 17,1 нг/мл (норма 30-100нг/мл), Са 3,1 ммоль/л (норма 2,3-2,87ммоль/л), Р 0,84 ммоль/л (норма 1,0-1,8 ммоль/л), ЩФ 248 (норма 65-260ед/л). Биохимические критерии гиперпаратиреоза следующие: Гиперкальциемия (уровень общего кальция более 2,75 ммоль/л, ионизированного - более 1,4 ммоль/л) и гипофосфатемия, увеличение активности щелочной фосфатазы, повышение уровня 1,25(ОН)2D3,

Выставлен диагноз: Нарушение минерального обмена. Гиперпаратиреоз? Рекомендована госпитализация в эндокринологическое отделение для уточнения генеза гиперкальциемии и формы гиперпаратиреоза.

Объективный статус: Состояние: средней тяжести. Положение: активное. Сознание: ясное. Телосложение: мускулистое. Температура 36,5С. Кожные покровы: бледно-розовой окраски, влажные. Лимфоузлы: не увеличены, эластичные, плотные, безболезненные. Подкожно-жировой слой развит достаточно. Отеки, пастозность нет. Мышцы развиты достаточно. Костно-суставная система сформирована правильно. Органы дыхания: дыхание через нос свободное. Одышка: нет. Перкуторный звук: ясный легочный. Аускультативно в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 22 в минуту. Органы кровообращения. Область сердца визуально не изменена. Верхушечный толчок 5 межреберье. Тоны сердца: нормальной звучности, ясные, ритмичные. Шумы не выслушиваются. ЧСС 85 в минуту. Органы пищеварения: Аппетит в норме, жажды нет. Тошноты нет, рвоты нет. Язык: влажный, обложен налетом. Зев: чистый, не гиперемирован, миндалины не увеличены. Живот мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень: по краю реберной дуги. Стул: не регулярный, оформленный. Органы мочевого выделения: симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное, 4-5 раз в сутки. Цвет мочи: соломенно-желтый. Нервная система: утомляемости нет. Раздражительности нет. Сон в норме. Менингеальные симптомы отрицательные. На осмотр реагирует спокойно.

Эндокринологический статус: Возраст 15 лет, 0 месяцев. Масса 63 кг., рост 180 см., САД 112 (5 коридор, 75 центиль), ДАД 60 (3 коридор, 25 центиль)

Физическое развитие на 18 лет. ИМТ 19,4кг/м² SDS роста +1,8. Щитовидная железа 0 степени увеличения, эластичная. Нарушений функции нет. Паращитовидные железы. Клинические признаки нарушения функции нет. Судороги в анамнезе: нет. Наружные половые органы сформировались по мужскому типу, сформировались правильно. Половая формула $Ax_3Pb_3G_3$. Половое развитие по Таннеру 3 степени. Надпочечники. Клинические признаки нарушения функции нет.

В плане обследования: 1. Биохимический анализ крови (показатели): ТТГ, Т4, паратгормон 2-хкратно; 2. ЭКГ; 3. СМАД; 4. Узи печени, почек, надпочечников, щитовидной железы, паращитовидной железы; 5. Газы крови; 6. Проба по Зимницкому, Реберга; 7. Консультация невролога, окулиста, гастроэнтеролога; 8. Уровень остеокальцина, экскреция кальция с мочой, оксипролина и цАМФ; 9. УЗИ ОЩЖ; 10. Рентгенография трубчатых костей, костей таза, грудного и поясничного отдела позвоночника; 11. Остеоденситометрия поясничных позвонков, проксимальных отделов бедра, лучевой кости; 12. ЭХОКС; 13. Направить выписку в ЭНЦ-для дообследования и при выявлении сопутствующих эндокринологических заболеваний, либо при показаниях для оперативного лечения, либо для проведения лечения или обследования, связанных с применением высокотехнологичных методов лечения: стероидного подавления, проба с нагрузкой тиазидовыми диуретиками, подавляющими кальцийурию; проба на толерантность к кальцию (при введении препаратов кальция при гиперпаратиреозе функция паращитовидных желёз не изменяется; тест с кальцитонином.

Лечение гиперпаратиреоза хирургическое: аденому удаляют, в случае генерализированной гиперплазии ОЩЖ целесообразна тотальная паратиреоидэктомия с аутотрансплантацией части одной из ОЩЖ. Медикаментозное лечение носит паллиативный характер и включает регидратацию и снижение степени гиперкальциемии (фуросемид, кальцитонин, бифосфонаты, при тяжелой гиперкальциемии - гемодиализ). Прогноз в случае своевременной диагностики и соответствующего хирургического лечения благоприятный. При поражении почек прогноз зависит от степени их поражения.

Список литературы

1. Макаров, И.В. Гиперпаратиреоз - третья эндокринологическая эпидемия/ И.В. Макаров// Медицинский вестник. – 2015. – №10-11. – С.13-14.
2. Блунк, В. Детская эндокринология/ В. Блунк. – М.: Медицина, 1981. – 303 с.
3. Николаев, О.В. Гиперпаратиреоз/ О.В. Николаев, В.Н. Таркаева. – М.: Медицина, 1974. – 264 с.
4. Заболевания паращитовидных желез: гипопаратиреоз, гиперпаратиреоз : учеб.-метод. пособие / Ж.А. Безлер. – Минск: БГМУ, 2013. – 28 с.

Умбитбаева С.А., 3-курс, Муханов Ж.Ж., 3-курс
**СРАВНЕНИЕ СХЕМ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ЦИРРОЗОВ ПЕЧЕНИ
В СТАЦИОНАРАХ г.ОРСК**

Научный руководитель: к.м.н., доц. Сердюк С.В.
Оренбургский государственный медицинский университет. Российская
Федерация
Кафедра фармакологии

Цирроз печени-это диффузный процесс, характеризующийся фиброзом и узловой перестройкой паренхимы. В развитых странах цирроз печени входит в шестерку основных причин смерти пациентов от 31 до 60 лет. Во всем мире от него ежегодно умирают 40 миллионов человек, в Европе - порядка 170 тысяч. За последнее десятилетие количество смертельных исходов возросло на 12%. В России частота возникновения цирроза печени составляет 20–35 случаев на 100 000 населения.

Цель. Сравнить эффективность лечения основных осложнений циррозов печени при использовании клинических рекомендаций и при индивидуальном лечении пациентов.

Материалы и методы. Анализ 20 выписок из историй болезни ГБУЗ «Городская больница №1» г.Орска. Пациентами являлись взрослые от 29 до 65 лет с циррозами печени вирусной и алкогольной этиологии.

В зависимости от этиологии выделяют циррозы вирусной, токсической, алкогольной, смешанной, первичной билиарной, вторичной билиарной, аутоиммунной формы. По клиническим проявлениям различают цирроз декомпенсированный и компенсированный. При компенсированной форме цирроза печени у пациентов жалобы могут отсутствовать или имеются несерьезные симптомы, болезнь выявляют случайно при обследовании. При декомпенсированном циррозе симптомы возникают значительно быстрее и изменяются лабораторные показатели [1].

Клинические проявления зависят от этиологии цирроза, стадии болезни и активности патологического процесса.

Основные клинические признаки цирроза печени: увеличенная плотная печень и селезенка, асцит и другие симптомы портальной гипертензии. Возникают боли в правом подреберье из-за гепатомегалии, растяжения капсулы печени. Развитие цирроза сопровождается диспепсическим, астеновегетативным, геморрагическим и холестатическим синдромами. На сегодняшний день не существует лекарственных препаратов, способных кардинально изменить исход цирроза печени. Лечение больных с различными формами цирроза печени в стадии компенсации в основном состоит в профилактике потенциальных повреждений печени, полноценном диетическом питании с достаточным содержанием белка, витаминов, микроэлементов с 4-5 приемами пищи в течение суток. Напитки с содержанием алкоголя запрещаются.

В период декомпенсации лечение проводят в стационаре. Назначают диету, применяют глюкокортикостероиды, витамины группы В. Глюкокортикостероиды противопоказаны при циррозе печени, усугубленном расширением вен пищевода и при сочетании цирроза с язвами желудка и двенадцатиперстной кишки. Были проанализированы 20 выписок из историй болезни ГБУЗ «Городская больница №1» г.Орска. Пациентами являлись взрослые от 31 до 60 лет с циррозами печени различной этиологии в стадии декомпенсации. Лечение в настоящее время осуществляется по «Стандарт специализированной медицинской помощи больным с циррозом печени».

При поступлении пациентов проводились следующие обследования: общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, селезёнки, ЭКГ, ФГДС.

У больных были выявлены вышеперечисленные клинические проявления, также отмечались другие симптомы: отёки ног и стоп. При ведении пациентов с циррозом печени, тактика должна быть направлена на лечение основного заболевания, а также на своевременную диагностику и предотвращение осложнений. Согласно клиническим рекомендациям, пациентам с декомпенсированной формой печени вирусной этиологии являются претендентами для трансплантации печени. Противовирусное лечение данным больным назначается в отсутствии зависимости от уровня ДНК ВГВ. Таким пациентам энтекавир назначается в дозе 1 мг в сутки в отличие от дозы 0,5 мг в сутки для пациентов с компенсированной формой печени. Терапию необходимо проводить в течении всей жизни. Шанс развития ГЦК у этих пациентов достаточно высокий, что требует регулярного наблюдения. При отсутствии прогресса функции печени необходима пересадка [2].

Результаты и обсуждение. Для оценки эффективности лечения данными препаратами пациенты были разделены на 2 группы. В первую группу вошли пациенты с циррозом печени вирусной этиологии в стадии декомпенсации. Вторая исследовательская группа включала пациентов с токсической формой цирроза печени также в стадию декомпенсации. Для каждой группы была подобрана схема лечения. Эффективность лечения оценивалась по биохимическому анализу крови, в частности по АЛАТ и АсАТ, а также по общему белку.

В первой исследовательской группе во всех выписках было указано, что при стадии декомпенсации назначались такие препараты как: Внутрь панкреатин 2т 3р.; дротаверин 1т 2р.; Урсосан 1т 3р.; веращипрон 50мг утром; торасемид 10мг утром; мотилак 1т 3р.; в/в S.Metronidazoli 100,0 2р в/в капельно S.Remaxoli 400,0 #3; S.Plathyphyllini 2 2р.; Sol.Natrii chloride 0,9-200,0+Эссенциале- 5,0; Sol.Ferrum-lec 2,0-в/м; вит.В12- в/м.

У пациентов с алкогольным поражением печени, принимая во внимание патогенез заболевания, необходимо назначение S-аденозилметионина, в стандартную схему применения которого входит двухэтапный курс лечения. На первом этапе лекарство вводят внутривенно капельно или струйно медленно в дозе 800 мг 1 раз в день в течение 2-3 недель; также можно вводить

внутримышечно. Далее пациент принимает перорально препарат по 400 мг 3 раза в день на протяжении 4 недель. Максимальный курс лечения не ограничен, т.к. S-аденозилметионин не обладает значительными побочными эффектами. У некоторых больных с циррозом печени алкогольной этиологии среди клинических проявлений доминируют симптомы хронического панкреатита. В данных случаях необходим прием препаратов панкреатина. Учитывая достаточную переносимость и невысокую частоту развития побочных эффектов, включение ферментных препаратов в схему лечения пациентов с циррозом печени помогает намного быстрее добиться снижения выраженности симптомов панкреатита, что значительно повышает качество жизни больного. Во всех выписках второй исследовательской группы было указано, что при стадии декомпенсации назначались такие препараты как: верошпирон 50мг утром, панкреатин 2т 3р; урсосан 1т 3р.; ремаксол 400 мл в/в, метронидазол 100,0 2р. в/в кап.; метоклопромид 2мл в/м при тошноте, дексаметазон 8мг+хлорид натрия 0,9% 200,0-в/в-кап.; цефтриаксон 1,0 в/м 2р.; платифиллин 2млX2р; Sol.Ferrum-les 2,0-в/м; вит.В12- в/м.

Общий уровень АлАТ в первой исследовательской группе до проведения терапии составлял 56,5 ед. на литр, АсАТ – 143,8 ед. на литр, общий белок – 88 г/л. Во второй группе АсАТ, АлАТ и общий белок составили соответственно: 47,2 ед. на литр, 103,6 ед. на литр, 102,8 г/л. После проведенной терапии АлАТ, АсАТ и общий белок в первой группе пациентов составляли соответственно 43,5 ед. на литр, 99,5 ед. на литр, 79 г/л. Во второй группе эти показатели были следующими: 40,5 ед. на литр, 87 ед. на литр, 86 г/л. Снижение данных показателей в процентах: в первой группе АлАТ снизилась на 23%, АсАТ – на 30,8%, общий белок – на 10,2%. Во второй группе данные показатели в процентом соотношении снизились следующим образом – АлАТ – на 14,2%, АсАТ – на 16,02%, общий белок – на 23,15%.

Выводы. Наиболее эффективной схемой лечения цирроза печени является первая схема, пациенты которой принимали такие препараты, как: внутрь: панкреатин; дротаверин; урсосан; веращпирон; торасемид; мотилак; в/в S.Metronidazoli; в/в капельно S.Remaxoli; S.Plathyphyllini; Sol.Natrii chloride +Эссенциале-; Sol.Ferrum-les в/м; вит.В12-в/м. Об этом свидетельствует улучшенное общее состояние пациента, биохимический анализ крови и УЗИ. В данных УЗИ и определении состояния больных в двух группах отрицательной динамики не наблюдалось.

Список литературы

1. Губергриц Н.Б. Хронические гепатиты и циррозы печени. Современные классификация, диагностика и лечение. Учебное пособие.-М.: ВІпол ЗАО, 2010. 327с.
2. Ивашкин В.Т., Буеверов А.О. Рациональная терапия в гепатологии. Руководство для практикующих врачей.- М.: М-Вести, 2009. 416 с.

Умбитбаева С.А., 3-курс, Муханов Ж.Ж., 3-курс
**АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИЙ В
СТАЦИОНАРАХ г.ОРСКА**

Научный руководитель: к.м.н., доц. Сердюк С.В.
Оренбургский государственный медицинский университет. Российская
Федерация
Кафедра фармакологии

Ежегодно в мире пневмонией заболевают около 450 млн человек, приблизительно 7 млн случаев заканчиваются летальным исходом [2].

Цель. Сравнение лечения пневмонии антибиотиками цефалоспоринового ряда (цефтриаксон) и группой макролидов (азитромицин).

Материалы и методы: анализ 30 выписок из историй болезни ГБУЗ «ГБ N1» г.Орска. Пациентами являлись люди в возрасте от 29 до 63 лет с лобарной пневмонией.

При постановке диагноза «пневмония» или при подозрении на данный диагноз необходимо срочно начать лечение. На сегодня наиболее распространенным методом лечения этой патологии является антибактериальная терапия. Если же в течение 3-4 суток не наблюдается положительной динамики, следует заменить лекарственное средство. Также рекомендуется применять комбинированное лечение.

Причинами обращений заболевших пневмонией к специалисту выступают сильный непродуктивный кашель, общее недомогание, повышение температуры тела до 40°C. С течением времени появляются боли в грудной клетке, чаще всего на пораженной стороне, усиливающиеся при глубоком дыхании, кашле, надавливании фонендоскопом при аускультации. Боли связаны с вовлечением в воспалительный процесс плевры [1].

Диагноз является достоверным, только если он был поставлен различными методами исследования. Следует провести следующие дифференциально-диагностические методы:

- Обзорная рентгенография органов грудной полости в передней прямой и боковой проекциях;
- Пульсоксиметрия, а при $SpO_2 < 90\%$ - исследование газов артериальной крови (PO_2 , PCO_2 , pH, бикарбонаты);
- Развернутый общий анализ крови с определением уровня эритроцитов, гематокрита, лейкоцитов, тромбоцитов, лейкоцитарной формулы;
- Биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, электролиты, печеночные ферменты, билирубин, глюкоза, альбумин);
- ЭКГ в стандартных отведениях [3].

Были проанализированы 30 выписок из историй болезни ГБУЗ «ГБ N1» г. Орска. Пациентами являлись люди в возрасте от 29 до 63 лет с лобарной пневмонией. Для сравнения эффективности лечения заболевания фармакологическими препаратами, пациенты были разделены на три группы по 10 человек, для каждой из которых были подобраны разные схемы лечения. В

первой группе пациентам предлагались такие препараты, как бисептол, антибиотик цефалоспоринового ряда- цефтриаксон и препарат группы макролидов- азитромицин, во второй- азитромицин, бисептол, цефтриаксон и синтетический противомикробный бактерицидный препарат- лефлобакт, в третьей – азитромицин, цефтриаксон и ципрофлоксацин. Параллельно назначались симптоматические препараты. В качестве симптоматической терапии назначали препараты, стимулирующие мукоцилиарную активность и оказывающее отхаркивающее действие (амброксол).

Все пациенты поступили с первичной формой долевой пневмонии. При поступлении были проведены следующие обследования: общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, рентгенография грудной клетки, лабораторный анализ мокроты, посев мокроты на микрофлору.

Также были проведены приведенные выше дифференциально-диагностические методы исследования. Все они ускорили постановку диагноза.

Группа	Схема лечения
1 группа	Внутрь: Азитромицин 500 мг 1 раз в день. Бисептол – 500 мг 2 раза в день. Внутримышечно: цефтриоксон 1 мл. 2 раза в день. Амброксол 30мг 3 раза в день.
2 группа	Внутрь: Азитромицин 500 мг 1 раз в день. Бисептол – 500 мг 2 раза в день. Амброксол 30мг 3 раза в день. Диазолин 100 мг 2 раза в день. Лазолван 30 мг 4 раза в день. Внутримышечно: цефтриоксон 1 мл. 2 раза в день. Внутривенно: лефлобакт 100 мг 2 раза в день. Демаксол 400 мг 1 раз в день.
3 группа	Внутрь: Азитромицин 500 мг 1 раз в день. Амброксол 30мг 3 раза в день.

Парацетамол 500 мг 3 раза в день

Внутримышечно: цефтриоксон 1 мл. 2 раза в день.

Внутривенно: ципрофлоксацин 100мл. 2 раза в день.

Результаты. На момент поступления пациентов у 1 группы в бакпосеве мокроты были выделены бактерии рода *Staphylococcus aureus*. У 2 группы были обнаружены бактерии рода *Staphylococcus aureus* и грибы рода *Candida*. У пациентов 3 группы- патогенные микробы рода *Streptococcus aureus*. Также у всех групп наблюдался лейкоцитоз, ускорение СОЭ, патологические изменения на обзорном снимке грудной клетки. На момент выписки у пациентов наблюдалась положительная динамика, так как результаты анализов улучшились у всех пациентов, на обзорном снимке грудной клетки легочные поля без очаговых и инфильтративных теней, легочный рисунок не изменен, синусы свободные.

При выписке пациентам предписывали определенные рекомендации. Это периодическое наблюдение у терапевта по месту жительства. Также для перехода от лечебного питания к привычному рациону назначалась диета №15. Для стимуляции иммунной системы рекомендовалось употреблять иммуномодуляторы, например, полиоксидоний.

Выводы. Результаты анализов пациентов к моменту выписки улучшились, в связи с этим можно сделать вывод, что индивидуально подобранные схемы лечения для каждой группы пациентов оказались эффективными.

Список литературы

1. Гарау Х. Антибактериальная терапия пневмоний с тяжелым течением//Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. М.: МАХМАН, 2000. 10с.
2. Заболеваемость населения России в 2010 году: Статистические материалы.- Часть III. Москва, 2011. 94-98с. [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.mednet.ru>
3. Чучалина А.Г. Нозокомиальные пневмонии у взрослых: Российские Национальные рекомендации; под ред. Б.Р. Гельфанд.- М., 2009. 91с.

Усманова Н., 3-курс

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СОМАТОСЕНСОРНЫХ ВЫЗВАННЫХ ПОТЕНЦИАЛОВ ПРИ ПОЯСНИЧНЫХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМАХ

Научный руководитель: асс. Халимова Д.Ж.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.
Узбекистан

Кафедра пропедевтики внутренних болезней и ВСД

Цель. Изучение характеристик соматосенсорных вызванных потенциалов мозга соматосенсорных вызванных потенциалов при корешковых и костно-мышечных болевых вертеброгенных синдромах поясничной области.

Материалы и методы. Обследовано 23 пациента в возрасте от 21 года до 72-х лет (средний возраст 44,7 лет), из них 12 мужчин и 11 женщин. У подавляющего числа боли носили хронический характер, лишь у одного пациента длительность болевого синдрома была менее 1 месяца. Всем больным было проведено клиническое неврологическое и нейроортопедическое обследование, МРТ поясничного отдела позвоночника исследование соматосенсорных вызванных потенциалов. По генезу болевого синдрома больные распределились следующим образом болевой синдром костно-мышечного генеза - 12 пациентов (у 10 люмбо-ишиалгия и у 2-х люмбалгия), компрессионная радикулопатия наблюдалась у 7 человек (по 3 человека с заинтересованностью корешков L4 и S1 и у одного сочетанное вовлечение L5 и S1 корешка), у 4 была симптоматика, обусловленная спинальным стенозом, ядро клинической картины у этих пациентов составлял синдром нейрогенной клаудикации. Оценивались латентный период и амплитуда ранних компонентов (эпоха анализа до 100 мс) соматосенсорных вызванных потенциалов, сравнивались значения этих показателей при стимуляции нервных стволов на больной и клинически интактной конечности. Не было выявлено существенных различий в длительности латентный период.

Результаты. В группе пациентов с болевым синдромом костно-мышечного генеза амплитуда этих компонентов значительных изменений не претерпела. Наибольшее снижение амплитуды вызванных потенциалов на пораженной конечности было отмечено у тех больных, у которых консервативная терапия оказалась неэффективной. У больных с люмбальным стенозом проводилась фоновая регистрация вызванных потенциалов, а также их запись после маршевой пробы и пробы на экстензию. Отмечено разной степени выраженности снижение амплитуды. Наиболее четкие изменения амплитуды соматосенсорных вызванных потенциалов коррелировали с выраженными морфологическими изменениями, выявляемыми при МРТ.

Выводы. Совместное использование методики соматосенсорных вызванных потенциалов и МРТ позволяет адекватно оценить клиническую картину, имеет диагностическое и прогностическое значение.

Ушурова К.М., Тажибаева Ж.О.

ОСОБЕННОСТИ ТЕХНИКИ НАЛОЖЕНИЯ ШВОВ НА МЯГКИЕ ТКАНИ ГОЛОВЫ И ШЕИ С УЧЕТОМ ИХ ТОПОГРАФИИ

Научный руководитель: д.м.н., проф. Алмабаев Ы.А.

АО НМУ имени С.Д. Асфендиярова

Кафедра клинической анатомии и оперативной хирургии

Гипотеза. Восстановление мягких тканей головы и шеи, зависящее от грамотно выбранной техники наложения швов, напрямую влияет на восприятие человеком окружающим миром.

Повреждения мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи встречаются в 70% случаев челюстно-лицевых травм. Челюстно-лицевая хирургия с каждым годом становится все более распространенным явлением. В связи с этим выявление наилучшего и самого оптимального метода наложения швов на мягкие ткани лица и шеи влияет не только на поддержание физического здоровья, но и на поддержание психологического и эмоционального состояния, ведь испокон веков внешность играет большую роль в жизни человека.

«Мы предпочитаем думать, что принимаем решения рационального, но на самом деле часто поддаемся влиянию довольно поверхностных сигналов», - говорит Кристофер Оливола из Университета Карнеги-Меллона, – и в этом смысле внешность – абсолютно поверхностный, но очень важный фактор». То есть при выборе методики шва должна учитываться и эстетическая сторона. Наша научная работа рассматривает широкий спектр различных методик для наложения швов на область лица и шеи, а точнее их мягких тканей, для решения данной задачи.

Цель. Выбор наиболее эффективных методов наложения хирургических швов на мягкие ткани головы и шеи для сохранения эстетики лица.

Задачи.

1. Выбрать наиболее оптимальное место и направление разреза для наложения хирургического шва на мягких тканях головы и шеи, учитывая эстетические линии натяжения кожи.

2. Выявить топографо-анатомические особенности головы и шеи для наложения хирургических швов.

3. Дать сравнительную характеристику и оценку результатов наложения швов различными методами на мягкие ткани головы и шеи.

Основными задачами лечения ран в хирургии являются улучшение функциональных и эстетических исходов и сокращение сроков нетрудоспособности пострадавших. Особенно, это касается ран на видимой части тела: в области лица и шеи, на передней брюшной стенке [2]. Деформации и дефекты открытых частей лица тяжело отражаются на психическом состоянии пациента. Люди, вынужденные носить защитные повязки, испытывающие затруднения при контакте с окружающими и во время приема пищи, становятся раздражительными, часто замыкаются в себе, «уходят» в болезнь. Поэтому на современном этапе развития общества при оперативном лечении хирургических заболеваний необходимо преследовать цель не только оздоровления человека, но и сохранения эстетической полноценности, так как огромное значение для него, учитывая особенности психоэмоционального статуса, имеет визуализируемый им и окружающими результат перенесенной операции, то есть - послеоперационный рубец. В решающей же мере условия, создаваемые для гладкого заживления ран,

определяются операционной техникой, наиболее важными элементами которой являются способы рассечения, соединения и фиксации краев операционной раны. Однако до сих пор в хирургии не существует однозначного ответа на вопрос, каким образом проводить рассечение тканей, с какими геометрическими параметрами и техникой необходимо накладывать шов, чтобы получить рубец, отвечающий функциональным требованиям. Эстетическая единица - область лица, которая во всех возможных случаях при реконструктивных вмешательствах должна восстанавливаться как единое целое. При выполнении разрезов или коррекции рубцов на лице делать это надо обязательно с учетом линий натяжения расслабленной кожи (ЛНРК) и линий морщин кожи. В то время как ЛНРК соответствуют произвольному ходу морщин после расслабления кожи, линии морщин ориентированы перпендикулярно направлению волокон лицевых мышц. Натяжение при сшивании – ключевой фактор в процессе заживления ран. Избыточное натяжение в зоне шва может привести к образованию струпа на краях раны из-за недостаточного кровоснабжения и, как следствие, к недостаточной жизнеспособности краев лоскута. Натяжение при сшивании ран повышает риск образования гипертрофических рубцов.

В общей хирургии всегда придавали большое значение выбору места и направления разреза, во многом определяющего удобство оперативного доступа и обеспечивающего гладкое течение послеоперационного периода. В челюстно-лицевой хирургии это имеет особенно важное, подчас решающее, значение для исхода операции. Стоит учитывать и повышенную регенеративную способность тканей лица, которая обусловлена хорошей иннервацией и кровоснабжением, а также большим количеством соединительной ткани с низко дифференцированными клеточными элементами, являющимися потенциалом регенерации тканей. Поэтому при хирургической обработке ран нет необходимости профилактически иссекать ткани. Отсекаются лишь явно нежизнеспособные ткани. Прежде всего для доступа к оперируемому органу рассечение кожных покровов стараются провести там, где рубец будет наименее заметен. Для этого используют естественные кожные складки или выбирают скрытое место, например, позади ушной раковины, в подчелюстной области, на боковой поверхности шеи. При этом допускается усложнение операционного доступа в пользу конечного косметического результата операции. Также, большое значение имеет направление тяги мимических мышц. Поскольку ткани имеют различную структуру с характерным распределением основных волокон, оперативное вмешательство должно выбираться по принципу максимально осторожного их разъединения. Многовековой опыт хирургии, подкрепленный последними экспериментальными исследованиями, доказывает лучшее заживление ран, вызванных острым инструментарием. Разведение краев раны, необходимое для улучшения обзора операционного поля и возможности перемещения тканей, выполняют с помощью небольших острых крючков, которые последовательно передвигают по мере углубления раны или за счет прошивания ее краев швами-

держалками. В полости рта намеченные линии разреза не должны пересекать выводные протоки слюнных желез, а послеоперационный рубец не должен препятствовать функции языка. В приротовой области обычно разрезы стремятся провести по носогубной складке, подбородочно-губной борозде. При необходимости губы рассекают перпендикулярно красной кайме.

Основные инструменты хирурга во время формирования пластического материала - скальпель и ножницы. Лучше пользоваться съёмными лезвиями. Для разъединения тканей удобны и сосудистые ножницы, тонкие, но тупые кончики, которых в сочетании с узкими, изогнутыми щечками облегчают поэтапное рассечение тканей.

В челюстно-лицевой хирургии применяется разнообразный материал для швов. Так, для перевязки сонных артерий требуется толстый шелк, для перевязки мелких сосудов - различные номера кетгута; на кожу швы накладывают тонкой полиамидной нитью (рыболовной «жилкой») или конским волосом. Полиамидная нить значительно прочнее конского волоса, не обладает фитильностью, как шелк, не ослизняется, не рассасывается, подобно кетгуту, ею (0,2-0,3 мм) можно накладывать швы и на слизистую оболочку полости рта. Этот шовный материал обладает высокой прочностью, минимально раздражает кожу и лишен «эффекта фитиля» (проникновение бактерий в более глубокие слои кожи). Для пластической хирургии лица подходит только сочетание атравматических игл и атравматического шовного материала. Для подкожных швов используют рассасывающийся плетёный шовный материал на основе полимеров полигликолевой и полимолочной кислот (например, викрил), размером 4/0 или 3/0. Период полураспада составляет у этого материала 10-12 дней. Полимолочная кислота расщепляется на CO₂ и H₂O. Однако полное рассасывание происходит в течение примерно девяти месяцев. Лицевой отдел головы отграничен от мозгового надпереносом (носолобным швом), надглазничным краем (надбровной дугой), верхним краем скуловой дуги, наружным слуховым проходом. В области лицевого отдела выделяют:

- медиальную (центральную) область лица, отграниченную справа и слева носощечными и носогубными кожными складками. В нее входят области глазниц, носа и рта и подбородочную область.

- латеральную (боковую) парную область, которая включает в себя околоушно-жевательную и щечную области, а также глубокую область лица

При наложении швов на область лица и шеи необходимо:

- 1) точно адаптировать края раны (прецизионность);
- 2) ликвидировать полости и карманы;
- 3) минимально травмировать сшиваемые ткани;
- 4) избегать натяжения кожи;
- 5) обеспечивать гемостатический эффект;
- 6) стремиться к достижению косметического эффекта.

Кроме этого, швы должны:

- 1) иметь возможность полного удаления или биодеструкции;
- 2) быстро накладываться и сниматься;

3) не препятствовать естественному дренированию раны;

4) накладываться минимальным количеством шовного материала в полости раны

Основные условия для наложения швов на кожу:

1) отсутствие выраженного натяжения при сопоставлении краев раны.

2) хорошее кровоснабжение краев кожи.

3) отсутствие признаков местной инфекции или некроза тканей.

Для того чтобы послеоперационный рубец был мало заметен, нельзя швы на кожу лица накладывать на большом расстоянии от края раны. Края раны необходимо сопоставлять очень ровно, чтобы при завязывании швов один край нисколько не выступал и не подвергывался. Не следует очень туго завязывать узлы, иначе швы врезаются, и после них остаются некрасивые рубцы. Во время послойного ушивания раны обращают внимание на аккуратное сопоставление в одном слое глубоких участков раны. Так, соединение мышечных структур облегчает сближение подкожной жировой клетчатки, а ушивание ее на уровне поверхностного листка фасции позволяет свободно наложить швы на кожу. После сближения краев раны кетгутом приступают к наложению швов на кожу тонкой полиамидной нитью. При этом надо пользоваться очень тонкими трехгранными крутоизогнутыми режущими или атравматическими иглами. Вкол и выкол иглы делают очень близко к краю раны (на расстоянии 1-2 мм), прокалывая только дерму, до жировой клетчатки, или с самым поверхностным слоем последней. При завязывании швов следует пользоваться инструментом [21]. Раны верхней губы, нижней губы и углов рта без дефекта тканей ушивают послойно с обязательным восстановлением линии красной каймы. Если имеется посттравматический дефект губ, то его устраняют пластикой местными тканями. При ранениях с дефектами тканей нижней губы и угла рта (слизистой оболочки и кожи) производят мобилизацию краев раны или перемещение мягкотканых лоскутов на питающей ножке из соседних областей с последующим наложением швов на слизистую оболочку и кожу. При ранениях бокового отдела лица определяют, проникает или не проникает рана в полость рта, имеется ли повреждение околоушной слюнной железы или выводного протока. При повреждении слюнной железы швы накладывают на железу, фасцию и кожу для предотвращения образования в последующем слюнного свища. При ранениях выводного протока выполняется пластика последнего с применением микрохирургической техники. При ранах щеки, сообщающихся с полостью рта, производят ее дренирование со стороны полости рта полихлорвиниловой трубкой или резиновым выпускником. Это позволяет обеспечить отведение слюны в полость рта и первичное заживление кожной раны. На раны век, крыльев носа и губ всегда накладывают первичный шов независимо от сроков хирургической обработки и состояния раны. Во всех остальных отделах лица (щеки, поднижнечелюстная область, область околоушной слюнной железы и др.) после обработки раны наложение первичного шва возможно, если хирургическую обработку выполняют в первые 24 ч после ранения. Если с помощью первичного шва при дефекте тканей не

удается закрыть наружную рану лица без того, чтобы не вызвать при этом деформацию соседних отделов лица, выполняют пластику местными тканями перемещением треугольных лоскутов или лоскутов на ножке, взятых по соседству.

Заключение. Оперативные вмешательства в челюстно-лицевой области существенно отличаются от операций, проводимых в других областях человеческого тела. Эти особенности обусловлены сложностью анатомического строения, исключительным разнообразием физиологических функций, выполняемых различными органами и тканями лица. Но самым важным является то, что лицо отражает индивидуальную особенность человека, его личность, имеет очень большое значение для личной и общественной жизни [25]. Во время соединения глубоких тканей используют П-образные или узловые швы из викрила. Рекомендуются применять двухслойный шов из полиамидной нити в тех случаях, когда края раны удастся свести без видимых усилий. Однако, недостаток узловых швов состоит в том, что в местах проколов кожи иглой остаются небольшие рубчики, видимые почти в течение всей жизни. Поэтому целесообразно использование «скрытых» (косметических) швов. При этом сначала сближаются края раны путем наложения погружных швов на подкожную клетчатку, а затем накладывается непрерывный шов тонкой полиамидной нитью. Вкол и выкол при этом делается внутри раны параллельно поверхности кожи, непосредственно в дерму. После соединения краев раны, концы нити приклеивают к коже. Для снятия такого шва на 7-10 день один конец нити срезается непосредственно у раны, а за второй конец нить вытягивается. Поверх швов накладывают легкую ватно-марлевую повязку. Таким образом, при указанном способе наложения швов эпидермальный слой не прокалывается, благодаря чему послеоперационный рубец остается очень тонким и через несколько месяцев становится совершенно незаметным, особенно если разрез кожи был сделан с учетом естественных складок.. Швы на кожу накладывают в разной последовательности. Длинные линейные раны на открытых участках тела лучше также защитить внутрикожным швом на атравматичной игле.

В настоящее время можно с уверенностью сказать, что уже сложилась новая медицинская специальность - косметология (консервативная и оперативная) и ее значение возрастает.

Список литературы:

- 1.Т.Б. Людчик, Л.И. Тесевич, В.А. Маргунская, Л.Е. Мойсейчик,Т.Л. Механик – Травматические повреждения мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи и их хирургическое лечение – 2013. – 3 с.
2. Реконструктивная пластическая хирургия лица: Дифференцированный подход с учетом особенностей эстетических субъединиц / Дэвид А. Шеррис, Уэйн Ф. Ларраби; пер. с англ. – М.: МЕДпресс-информ, 2012. – 320 с., 2012
3. И.А. Буланкина, В.Ю. Лебединский, А.В. Дыдыкин, В.Ф. Дыдыкин, Н.И. Арсентьева Оптимизация наложения кожных швов – 2010.

4. Ю. Тайссинг, Г. Регтингер, И.А. Вернер, Ф. Хоппе, К. Рудак Хирургия головы и шеи: основные вмешательства 2018.

5. В.Ф. Паниченко, Э.Д. Смирнова, З.С. Каитова, Д.Л. Титаров, Голова, шея, топографическая анатомия и оперативная хирургия, Издательство Российского университета дружбы народов Москва, 2011, 83 с.

Халикова А.О., магистрант, 1-курс, Мусаева М.А., магистрант, 1-курс

**ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ
САКУБИТРИЛ/ВАЛСАРТАНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ
СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ
ВЫБРОСА С СД 2 ТИПА**

Научный руководитель: д.м.н. Тригулова Р.Х.
Ташкентская медицинская академия. Узбекистан
Кафедра внутренних болезней №1

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является глобальной проблемой здравоохранения и ассоциирована с длительными госпитализациями и высокой смертностью. В последние годы терапевтические подходы к лечению пациентов с ХСН с низкой фракцией выброса (СНнФВ) значительно изменились. На основании ряда исследований определен целый ряд коморбидных состояний, которые в значительной степени влияют на течение и прогноз ХСН. К числу последних относятся анемия, заболевания почек, сахарный диабет (СД) и другие. Будучи распространенным социальным заболеванием при множестве макро- и микроциркуляторных осложнений СД рассматривается одновременно как фактор риска развития сердечной недостаточности, так и значительно отягощающий ее течение.

С другой стороны, собственно ХСН может осложняться развитием СД, когда в результате гипоперфузии органов и гиперактивации нейрогуморальных систем развиваются патогенетические сдвиги, способствующие увеличению концентрации глюкозы в крови. К числу последних относятся: уменьшение потребления глюкозы мышечной тканью, усиление глюконеогенеза в печени, а также контринсулярные эффекты катехоламинемии.

Новое представление о патогенезе СН как о дисбалансе системы натрийуретических пептидов и ренин-ангиотензин-альдостероновой системы нашло отражение в появлении препарата нового класса – ингибиторов ангиотензиновых рецепторов и неприлизина (АРНИ) изучение лечебного эффекта которого в настоящее время продолжается.

Цель. Оценка динамики параметров клинико-гемодинамической эффективности сакубитрила/вальсартана у больных с ХСН с ФВ ЛЖ 40% и менее с сопутствующим СД 2 типа.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 15 пациентов (9 мужчин, 6 женщин) с ХСН ФК II-IV класса по NYHA, ФВ менее 40% с сопутствующим СД 2 типа, средний возраст которых составил $55,6 \pm 8,4$ лет, находящиеся на стационарном и амбулаторном лечении в отделении ИБС

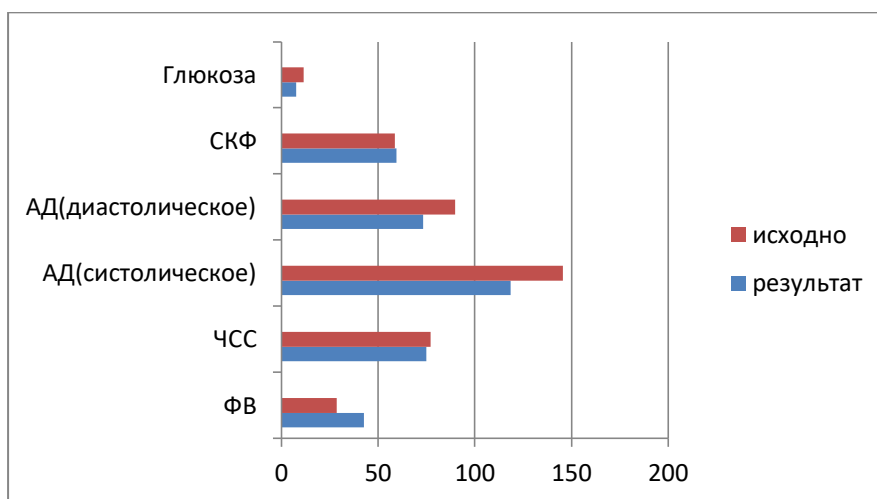
ГУ РСНПМЦК МЗ РУз и в отделении кардиологии и 1 клиники ТМА. Все пациенты подписали добровольное информированное согласие. Не включали пациентов с декомпенсацией СН, нарушением функции почек (расчетной скоростью клубочковой фильтрации (рСКФ) < 30 мл/мин/1,73 м²), гиперкалиемией (калий сыворотки крови > 5,2 ммоль/л), исходным САД < 100 мм рт. ст. Основные клинические характеристики пациентов представлены в табл. 1.

Параметр	Значение
Мужчины %	9(60)
Женщины %	6(40)
Возраст	55,6±8,4
АГ %	13(87)
СД %	100
ИМ в анамнезе	12(80)
ФВ %	39±19
Дислипидемия %	7(47)

Из принимаемых препаратов до начала наблюдения приведены на 2 табл.:

Препараты	Значение
Ингибиторы АПФ	100%
Бета-блокаторы	100%
Антагонисты минералокортикоидных рецепторов	76%
Петлевые диуретики	65%
Статины	89%
Ситаглиптин/метформин	100%
Антиагреганты	100%
Антикоагулянты	64%

Результаты. За время наблюдения большинство пациентов отметили улучшение самочувствия в виде уменьшения одышки (по шкале Борг с $5,6 \pm 1,2$ до $4,5 \pm 1,0$ баллов в течение 4 нед), повышения толерантности к физическим нагрузкам (увеличение пройденной дистанции в тесте 6-минутной ходьбы с $233,4 \pm 53,5$ до $278,7 \pm 62,8$ м через 4 нед). Клинически значимых изменений в динамике лабораторных показателей не выявлено. На фоне терапии сакубитрилом/валсартаном уровень АД снизился (со $142 \pm 24/80 \pm 17$ до $118 \pm 15/77 \pm 8$ мм рт.ст.), частота сердечных сокращений не изменилась (75 ± 11 и 77 ± 16 уд/мин). Наблюдалось значительное увеличение ФВ (с $32,5 \pm 6,5\%$ до $41,3 \pm 2,5\%$), гликемия натощак снизилась с $11,5 \pm 2,4$ до $8,7 \pm 3,2$ мм/л), СКФ не изменилось и составила $58,5 \pm 6,2$ мл/мин/1,82 м² vs $59,8 \pm 4,5$ мл/мин/1,82 м² (Рис.1).



Выводы. У пациентов с ХСН ФК II-IV по NYHA, с ФВ менее 40% с сопутствующим СД 2 типа терапия сакубитрилом/валсартаном в течение 6 месяцев наблюдается повышение фракции выброса и положительная динамика клинического состояния.

Халилов Д., 6-босқич

ФЕРТИЛ ЁШДАГИ АЁЛЛАРДА АСОСИЙ ЭКСТРАГЕНИТАЛ КАСАЛЛИКЛАРНИНГ ТАРҚАЛИШИ

Илмий раҳбар: асс. Джумаев К.Ш.

Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти. Ўзбекистон
Ички касалликлар ва эндокринология кафедраси

Мақсад. Фертил ёшдаги аёллар орасида асосий экстрагенитал касалликларнинг тарқалишини ўрганиш

Материал ва услублар. Текшириш ишлари Бухоро шаҳар 4- сон оилавий поликлиникасига қарашли 11-даҳасининг фертил ёшдаги аёллари орасида олиб борилди. Мазкур даҳада 376 нафар фертил ёшдаги аёллар(ФЁА) бўлиб, ёш бўйича 15-29 ёш 142 (38%) та, 30-39 ёшдагилар 124(33%) та, 40-49 ёшдагилар

110 (28%) нафарни ташкил этади. ФЁАнинг амбулатор карталари, касаллик варакалари ва тиббий кўрик натижаларида аниқланган клиник белгилар, шунингдек лаборатор натижаларга асосланган ҳолда ташхислар шакллантирилди ва касалликларнинг тарқалиши ёш бўйича солиштирилди.

Натижа. Бухоро шаҳар 4-сон оилавий поликлиникасига қарашли 11-даҳасининг жами аҳолиси 1652 нафар бўлиб, шундан 376 нафари фертил ёшдаги аёллар. 15-29 ёшлилар 142 та бўлиб, улар орасида: камқонлик- 26 (18%) та, қалқонсимон без касалликлари -8 (6%) та, гастритлар-7 (5%) та, яра касаллиги -2 (1,5%) та, пиелонефрит-3 (2%) та; 30-39 ёшдагилар 124 та бўлиб, улар орасида: камқонлик- 22(17%) та, қалқонсимон без касалликлари -10(8%) та, гастритлар-12 (9%) та, яра касаллиги -5 (4%) та, пиелонефрит-4 (3%) та; гипертония – 2 (1,5%) та, холецистит- 5 (4%) та, қандли диабет -1 (0,8%) та, семизлик -2 (1,5%) та

40-49 ёшдагилар 110 нафарни ташкил этиб улар орасида экстрагенитал касалликларнинг тарқалиши куйидагича: камқонлик- 18 (16%) та, қалқонсимон без касалликлари -8 (7%) та, гастритлар-13 (12%) та, яра касаллиги -4 (3,5%) та, пиелонефрит-6 (5%) та; гипертония – 8 (7%) та, холецистит- 7 (%) та, сурункали панкреатит-3 (2,5%) қандли диабет -2 (1,5%) та, юрак ишемик касалликлари- 4 (3%), семизлик- 6 (5,5%) та.

Хулоса. Шундай қилиб, фертил ёшдаги аёллар орасида ёши улғайиб бориши билан юрак қон томир касалликлари ва овқат ҳазм қилиш аъзолари касалликларидан холецистит ва панкреатитлар, сийдик ажратиш системаси касаллиги пиелонефритнинг учраш частотаси ошиб бориши кузатилди. Буни соғлом турмуш тарзи компонентларига тўла риоя қилмаслик билан боғлаш мумкин. Демак соғлом турмуш тарзини тарғиб қилиш ва унга амал қилиш орқали касалликларнинг олдини олиш мумкин.

Ҳалимов Н.Н., 2-босқич

СУРУНКАЛИ НОИНФЕКЦИОН КАСАЛЛИКЛАРНИНГ ХАВФ ОМИЛЛАРИНИ ЎРГАНИШ

Илмий раҳбар: асс. Мавлонов Н.Х.

Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти. Ўзбекистон.

Ички касалликлар ва эндокринология кафедраси

Мақсад. Сурункали ноинфекцион касалликларнинг метаболик хавф омилларини катта ёшдаги аҳоли орасида тарқалишини ўрганиш.

Материал ва услублар. Изланиш сурункали ноинфекцион касалликларнинг хавф омилларини ўрганиш мақсадида ўтказилди. Услубий асоснома Ички касалликлар ва эндокринология кафедраси томонидан ишлаб чиқилди. Текшириш объекти 33-54 ёшли Бухоро шаҳар ва Бухоро туман аҳолиси бўлиб, барчаси тахминий танлаш усули билан олинди. Жами 197 нафар респондентдан сўров ўтказилди.

Натижалар. Эркакларнинг ва аёлларнинг ўртача ёши деярли бир хил

бўлиб катта фарқ қилмади. Эркаклар 44 (33-54) ва аёллар 43 (33-54) ёшни ташкил этди. Ўртача 54% респондентлар шаҳар аҳолисини ташкил этди. Эркакларнинг сони аёлларга нисбатан 35% камчиликни ташкил этди. Сўров натижаларига кўра 75% иштирокчи ўз қон босими даражасини билади. Бунда аёлларнинг хабардорлиги эркакларга нисбатан анча юқори яъни мос равишда (83 ва 60%). Қишлоқ аҳолисининг хабардорлиги шаҳар аҳолисига нисбатан пастроқ эканлиги аниқланди, мос равишда 70 ва 79%.

Кўрув давомида 15% иштирокчиларнинг қон босими юқорилиги аниқланди (систолик 139 мм сим.уст., диастолик 89 мм сим.уст.), аммо шу пациентларнинг уларда қон босими юқорилиги ҳақида маълумотлилик даражаси деярли 50% ни ташкил этади.

Сўровда иштирок этганларнинг қондаги холестерин даражасини билиши 52% бўлиб, таҳлиллар натижасида 20% пациентда қондаги холестерин миқдори юқорилиги аниқланди. Қондаги қанд миқдори таҳлили шуни кўрсатдики текширилувчиларнинг 7% да қанд миқдори юқори бўлиб мос равишда уларнинг 2.3% бу ҳақда маълумотга эга эмас, қолган 4.7% қондаги қанд миқдори ошиб туришини билади.

Сўров натижаларига асосан сўровда иштирок этганларнинг фақатгина ярми ўзининг қондаги холестерин миқдори ҳақида маълумотга эга. Аёллар эркакларга нисбатан кўпроқ маълумотга эга мос равишда (56% ва 39%). Шаҳар аҳолиси қишлоқ аҳолисига нисбатан маълумотлилик даражаси юқори бўлиб мос равишда 54 ва 46%. Сўралганларнинг бешдан бир қисми (21%) тиббий ходимлардан қондаги холестерин миқдори юқори эканлиги ҳақида маълумот олган.

Хулосалар. СНКларнинг метаболик хавф омиллари Бухоро шаҳар ва вилоятнинг қишлоқ аҳолиси орасида тарқалиши ҳақида маълумотлар олинди. Артериал қон босими, гипергликемия ва гиперхолестеринемия каби хавф омилларининг тарқалиши ва аҳолининг маълумотлилик даражаси орасида фарқ мавжудлиги аниқланди. Лаборатор текширишлар натижасида АҚБ, глюкоза ва холестериннинг қон зардобидида юқори бўлиши каби хавф омиллари аниқланди. Текширилганларнинг 30% қондаги холестерин миқдори юқорилиги ҳақида маълумотга эга эмас.

Чечулин А.А., 3-курс

ПРЕДИКТОРЫ ЦЕРЕБРОКАРДИАЛЬНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С НЕТРАВМАТИЧЕСКИМИ ВНУТРИМОЗГОВЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ

Научный руководитель: асс. Шолкова М.В.

Белорусский государственный медицинский университет. Белоруссия

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Острые нарушения мозгового кровообращения сопровождаются комплексом кардиальных дисфункций, которые объединяют под понятием «цереброкардиальный синдром» (ЦКС). ЦКС возникает на фоне поражения

центральной нервной системы в связи с нарушением работы вегетативной нервной системы, местным нейровоспалением, комплексным свободнорадикальным повреждением [1,2,3]. Не менее 20% острых инсультов связаны с нетравматическими внутримозговыми кровоизлияниями (ВМК), которые часто имеют летальный исход или приводят к инвалидизации [1]. Наиболее типичными для ЦКС кардиальными проявлениями на ЭКГ являются: увеличение продолжительности, амплитуды, элевация и расширение зубца Т, удлинение интервала QT и QTU. Возможны элевация или депрессия сегмента ST, напоминающие картину инфарктной кривой. Наиболее частыми нарушениями ритма и проводимости при ЦКС бывают синусовая брадикардия (реже тахикардией), желудочковая или предсердная экстрасистолия, мерцательная аритмия, атриовентрикулярные блокады [1,2,3]. Своевременная диагностика характера кровоизлияния и сопровождающих его вегетативных дисфункций на самых ранних этапах заболевания остаётся крайне важной в выборе тактики лечения больного и раннего предупреждения развития необратимых кардиальных осложнений.

Цель. Выяснить наиболее типичные сердечно-сосудистые нарушения у пациентов со спонтанными нетравматическими внутримозговыми кровоизлияниями.

Материал и методы. Ретроспективному анализу подвергли истории болезней 30 пациентов в возрасте 49–79 лет с клинически подтверждёнными спонтанными внутримозговыми кровоизлияниями (15 в правое полушарие головного мозга, 15 – с ВМК в левое полушарие головного мозга). Средний возраст пациентов составил $68,53 \pm 9,97$ лет, (8 женщины, 27% и 22 мужчины, 73%). Исключались пациенты с оперативными вмешательствами на головном мозге, с ЧМТ, с ишемическими инсультами, с ишемически - геморрагическими трансформациями, сахарным диабетом в анамнезе, с повышением уровня тропонина I. Пациентам проводилась ЭКГ в 12 отведениях, определение электролитов плазмы крови, общий анализ крови, уровень глюкозы в крови, тропонина I.

Результаты. Наиболее характерными ЭКГ-признаками ЦКС для ВМК характерно развитие тахикардии (100% пациентов), нарушений сердечного ритма (ФП, желудочковая экстрасистолия) – у 4 из 30 пациентов (26%), удлинение интервала QT в 33% случаев. У пациентов с ВМК установлены отличия в проявлениях ЦКС в зависимости от локализации кровоизлияния. При правостороннем ВМК у всех пациентов развилась атриовентрикулярная (а-в) блокада 1 степени (удлинение интервала PQ превышало 0,2 с (среднее $0,22 \pm 0,02$ с); у 4 пациентов из 15 (26%) выявлены глубокие отрицательные зубцы Т. При левостороннем поражении а-в блокада не выявлялась, а интервал PQ находился в пределах нормы; в 3 случаях из 15 (20%) наблюдался зубец U. У всех пациентов с ВМК была выявлена гипокалиемия в первые трое суток заболевания (средний уровень калия составил $3,42 \pm 0,36$ ммоль/л) и артериальная гипертензия (средний уровень систолического артериального давления составил $145,03 \pm 11,93$, диастолического – $84 \pm 5,96$ мм рт.ст.). Вместе с

тем, по литературным данным [1,2], при ВМК гипокалиемия не выражена, а наиболее характерным ЭКГ-признаком ЦКС является аномальный отрицательный зубец Т, удлинённый интервал QT. В полученных нами данных отрицательный зубец Т наблюдается только у 26% больных, а наиболее выраженным признаком является удлинение интервалов QT и PQ.

Выводы. Для кардиальных дисфункций при ВМК характерна тахикардия (100% пациентов), нарушениям сердечного ритма (ФП, желудочковая экстрасистолия) (26% пациентов). Характерна зависимость проявления ЦКС от локализации патологического процесса в головном мозге: при правостороннем поражении для всех пациентов характерна а-в блокада 1 степени ($PQ=0,22\pm 0,02c$), при левостороннем внутримозговом кровоизлиянии а-в блокада не отмечается. Гипокалиемия и артериальная гипертензия сопровождается цереброкардиальный синдром у пациентов с нетравматическими ВМК.

Список литературы

1. Цереброкардиальный синдром. Дифференциальная диагностика, лечебная тактика./ А.А. Белкини др. // Анестезиология и реаниматология.–2014.–№4.–С.81-85.
2. Басанцова, Н.Ю., Шишкин, А.Н., Тибеккина, Л.М. Цереброкардиальный синдром и его особенности у пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения/ Н.Ю. Басанцова, А.Н. Шишкин, Л. М.Тибеккина//Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2017.–Т. 12. –С. 31-47.
3. Kurowski V., Kaiser A., von Hof K. Apical and midventricular transient left ventricular dysfunction syndrome (tako-tsubo cardiomyopathy): frequency, mechanisms, and prognosis /V. Kurowski, A. Kaiser, K. von Hof // Chest.– 2007.– Vol. 132.– P. 809-816.

Шарипова Н., 2-курс

АКТИВНЫЙ СКРИНИНГ ФАКТОРОВ РИСКА И ГИПЕРГЛИКЕМИИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ г.БУХАРЫ

Научный руководитель: асс. Базарова С.Т.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.
Узбекистан

Кафедра пропедевтики внутренних болезней и ВСД

Цель. Оценить роль активного скрининга факторов риска развития сахарного диабета 2 типа и гипергликемии среди взрослого населения г.Бухары

Материалы и методы. В настоящей работе представлены результаты трехдневного популяционного исследования. Исследование проводилось в поликлинике БОЭДи направлено на повышение информированности населения о сахарном диабете и факторах риска, а также на выявление факторов риска сахарного диабета (СД) и гипергликемии у населения г.Бухары. Всего в популяционном исследовании приняло участие 100 человек. Использовался метод анкетирования при помощи опросника для оценки 10-летнего риска СД 2 типа, проводилось измерение антропометрических параметров: окружность

талии (ОТ), рост, вес, рассчитывался индекс массы тела (ИМТ). Уровень гликемии определяли глюкометром «Акку-Чек Актив», Гликемия оценивалась согласно рекомендациям ВОЗ. Статистически значимым считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. Проведено популяционное исследование 100 жителей г.Бухары. Средний возраст составил 60 (50;67) год. Впервые гипергликемия обнаружена у 14% обследованных, еще у 7% в анамнезе выявлен СД по поводу которого обследуемые уже получали сахароснижающую терапию. При оценке факторов риска гипергликемии - ожирение выявлено у 22% а избыточная масса тела у 42% респондентов. Абдоминальное распределение жировой клетчатки (ОТ >80см у женщин и >94см у мужчин) выявлено у 63% обследуемых. Низкая физическая активность выявлена у 52%, регулярно овощи и фрукты в пищу употребляют лишь 62% опрошенных. Отягощенный семейный анамнез по СД выявлен у 56%, а наличие гипертонической болезни у 36% респондентов. Ожирение и избыточная масса тела выявлялись чаще в группе с нормогликемией, чем у респондентов с сахарным диабетом. Среднее значение ИМТ составило 26 (22;30) кг/м². Среднее значение окружности талии (ОТ) составило 90 (77;100) см. Респонденты старше 65 лет встречались чаще в группе с сахарным диабетом. Выявлено преобладание мужчин в группе с впервые выявленной гипергликемией. Большинство обследуемых в этой группе имели избыточную массу тела и ожирение по абдоминальному типу. При оценке суммарного риска при помощи опросника низкий риск СД выявлен лишь у 35% обследованных, а у 18 % он был высокий и чрезвычайно высокий.

Выводы. В результате активного скрининга выявлена высокая распространенность факторов риска СД и гипергликемии среди взрослого населения г.Бухары. В связи с этим активный скрининг должен проводиться чаще и у большего количества населения, так как большинство респондентов не знают о существовании у себя гипергликемии и не предъявляют жалоб. Наиболее активный скрининг стоит проводить у лиц, имеющих 2 и более факторов риска развития СД 2 типа.

7-СЕКЦИЯ. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

Абызбаева А.С., 3-курс, Буреева С.А., 3-курс, Таштемирова Л.А., 3-курс

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ В РАЗЛИЧНЫХ РЕГИОНАХ

Научный руководитель: к.м.н., доц. Сердюк С.В.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская

Федерация

Кафедра фармакологии

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП, НПВС)-лекарственные средства, которые обладают обезболивающим (анальгезирующим), жаропонижающим и противовоспалительным эффектами. Механизм их действия заключается в блокировании определенных ферментов (ЦОГ, циклооксигеназа), они отвечают за выработку простагландинов и тромбоксана из арахидоновой кислоты, которая получается из фосфолипидов клеточной мембраны за счёт фермента фосфолипазы А2. Простагландины помимо других функций являются посредниками и регуляторами в развитии воспаления. НПВП уменьшают оба самых неприятных симптома заболевания: и боль, и воспаление. Большинство препаратов этой группы являются неселективными ингибиторами фермента циклооксигеназы, подавляя действие обеих его изоформ (разновидностей) - ЦОГ-1 и ЦОГ-2.

Нестероидные противовоспалительные препараты, основными показаниями для назначения которых являются воспаления различной природы и локализации, боль и лихорадка – наиболее широко применяемые в медицине лекарственные средства. Наряду с воспалительными заболеваниями, они широко используются при различных патологических состояниях, характеризующихся острыми и хроническими болями, а также в качестве компонента периоперационной и послеоперационной анальгезии.

Лечение многих неврологических заболеваний не обходится без НПВС, а зачастую оно даже просто невозможно. В первую очередь эти препараты показаны при: остеохондрозе позвоночника (и его неврологических проявлениях – цервикалгии, торакалгии, цервикобрахиалгии, люмбалгии, люмбоишиалгии, радикулопатии, миелопатии); головных болях различного характера; невралгии тройничного, затылочного нервов; невралгии лицевого нерва; компрессионно-ишемических повреждениях нервных волокон (туннельные синдромы); ишемическом инсульте (в качестве вторичной профилактики).

Цель. Сравнить эффективность использования селективных (Нимесулид, Мелоксикам) и высокоселективных (Аркоксиа, Целебрекс) ингибиторов ЦОГ-2 для лечения неврологических больных в различных географических зонах Российской Федерации.

Материалы и методы. На базе психоневрологического отделения ГБУЗ «ООКПГВВ» и неврологического отделения БУ Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Окружная клиническая больница» среди пациентов, имеющих диагноз «остеохондроз позвоночника» и соответствующие неврологические проявления (люмбалгия, люмбоишиалгия, радикулопатия) были проведены исследования на 1-й и на 7-й день после начала приема НПВП с помощью опросников PAIN DETECT, используемых для проверки на наличие нейропатического компонента боли.

Результаты. В результате проведения алгометрии с помощью опросников PAIN DETECT было выявлено, что при приеме селективных ингибиторов ЦОГ-2 в Оренбурге сила боли снижена на 10,3 балла, в то время, как при приеме высокоселективных ингибиторов ЦОГ-2 снижение происходило в среднем на 4,1 балла. Аналогичные исследования были сделаны в Ханты-Мансийском автономном округе, они показали, что сила боли при приеме Нимесулида и Мелоксикама снизилась на 6,3 балла, а при назначении Целебрекса - на 3,8 балла. Также мы заметили, что если при приеме селективных ингибиторов ЦОГ-2 в Оренбурге сила боли снижена на 10,3 балла, то в Ханты-Мансийском автономном округе - на 6,3 балла. А при приеме высокоселективных ингибиторов ЦОГ-2 в Оренбурге снижение боли происходило на 4,1 балла, в Ханты-Мансийском автономном округе же - на 3,8 балла, то есть разница в эффективности наблюдалась незначительная.

Таким образом, на основе проведенных исследований, можно сделать следующие заключения. Эффективность действия селективных ингибиторов ЦОГ-2 выше, чем высокоселективных ингибиторов ЦОГ-2. Это связано с особенностями механизмов действия данных групп препаратов. Селективные ингибиторы ЦОГ-2 блокируют рецепторы, которые являются рецепторами для ЦОГ-2, что уменьшает количество воспалительных маркеров (простагландинов). Помимо блокады данных рецепторов, также частично происходит конкурентная блокада рецепторов ЦОГ-1. Действие высокоселективных ингибиторов ЦОГ-2 (целебрекс, аркоксиа), заключается в том, что препарат блокирует рецепторы ЦОГ-2. В стандартных терапевтических концентрациях не действует на ЦОГ-1. Таким образом, способность блокировать как рецепторы для ЦОГ-2, так и для ЦОГ-1 делает Нимесулид и Мелоксикам более действенными по сравнению с Аркоксиа и Целебрексом. Также можно отметить, что эффективность использования селективных ингибиторов ЦОГ-2 в Оренбургской области, гораздо выше, чем в Ханты-Мансийском автономном округе. Это можно объяснить многими факторами, влияющими на здоровье пациентов, применяющих препараты этой группы. Одним из важных факторов, являются климатогеографические особенности Ханты-Мансийского автономного округа. ХМАО по санитарно-экологической ситуации для человека является гипокомфортной зоной. Отличительной особенностью является продолжительная и холодная зима, резкие перепады температуры и атмосферного давления, недостаток ультрафиолета, короткий световой период, геомагнитные возмущения. Этому,

помимо климатических факторов, способствует дисбаланс химических элементов в почве, воде, растениях, недостаточное поступление в организм витаминов. Метаболические возможности организма, определенные генетическим кодом, не беспредельны. Известно, что при скрытом дефиците витаминов и необходимых минеральных веществах в организме развиваются серьезные нарушения функций отдельных органов и систем, приводящих к развитию заболеваний. Опорно-двигательный аппарат не стал исключением, часто именно он, подвергается воздействию этого фактора.

В Оренбургской области применение селективных ингибиторов даёт более значительные результаты. Этот феномен тоже можно объяснить определенными особенностями географического и экологического статуса города. Хотя и экологическую обстановку в Оренбурге нельзя назвать благополучной, всё же, заболевания здесь, поддаются лечению лучше, чем в северных районах. Здесь характерен ярко выраженный континентальный климат с теплым летом и морозной зимой с устойчивым снеговым покровом, небольшими осадками и значительной годовой амплитудой температур. Лето жаркое и солнечное, что позволяет набирать организму, необходимые запасы микроэлементов и витаминов. Доступность качественных продуктов дает возможность получать все вещества и макроэлементы, необходимые организму веществ и макроэлементов человеческому организму. Доброкачественность продуктов питания и повышенный витаминный и минеральный состав пищи позволяет бороться с заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Все это способствует быстрому выздоровлению пациентов и их долголетию.

Также, стоит заметить, что лечение высокоселективными ингибиторами ЦОГ-2, что в Оренбургской области, что в ХМАО находится примерно на одном уровне по степени действия и по выраженности эффекта.

Подводя итоги проделанной работы, хочется подчеркнуть, что всестороннее изучение препаратов класса НПВП с учетом их основных фармакокинетических, фармакодинамических свойств, профиля эффективности и безопасности, позволит улучшить прогноз заболевания, повысить приверженность больного к проводимой терапии и качество жизни пациента.

Ан К.И., 4-курс

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ВЫСОКОТОЧНОЙ ДОСТАВКИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Научный руководитель: к.м.н., доц. Бучнева Н.В.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская

Федерация

Кафедра фармакологии

Возможность прицельной доставки лекарственных веществ при помощи наноконструкций, таких как: липосомы, наномицеллы, полимерные микросферы, симбиотические молекулы и другие, уже давно занимает умы ведущих ученых по всему миру. Такой интерес обусловлен особыми,

высокоспецифичными свойствами, благодаря которым можно решить определенные проблемы, например, прицельная и точная доставка лекарств в любую точку тела пациента, преодоление естественных гистологических барьеров организма, повышение эффективности фармакокинетики. Однако каждая из них обладает определенными недостатками, накладывающие определенные ограничения на их применение. Именно поэтому различные научные коллективы занимаются их разработкой и совершенствованием.

Так, например, ученые из Канады разработали метод доставки лекарственных веществ в труднодоступные участки опухолевого роста при помощи бактерий, чувствительных к магнитному полю и уровню кислорода. Они использовали недавно открытую бактерию *Magnetococcus marinus* [2], а вернее её штамм МС-1. В её клетках содержатся особые органеллы, чувствительные к магнитному полю, - магнетосомы [3]. Но помимо этого, они также обладают чувствительностью к кислороду и способностью к активному передвижению. В естественных условиях они передвигаются вдоль магнитных линий, пока не достигнут зоны с пониженным содержанием кислорода, где и остаются – это оптимальные условия для их существования. Это может быть использовано для селективной доставки ими лекарств в зону гипоксии, вызываемой новообразованиями [4]. В условиях эксперимента ученые ввели иммунодефицитным мышам с карциномой из имплантированных клеток человека МС-1. После этого поместили животных в магнитное поле с фокусом на опухоли и удостоверились, что бактерии скапливались в зонах гипоксии.

На следующем этапе эксперимента МС-1 были нагружены липосомами с противоопухолевым препаратом SN-38 [5]. После введения липосомы распределились по всему объему опухоли, преимущественно в областях некроза и гипоксии. Уровень прицельного накопления превысил 50 процентов. При этом введение бактерий не вызвало выброса цитокинов и, соответственно, не вызывало воспаления и повреждения тканей животного. Команда из Барселоны изобрела специальные “ковры” из магнитных частиц для переноса других частиц, не обладающих магнетизмом [6]. Эта работа может быть использована для точечной доставки немагнитных частиц, что в теории упростит этот процесс, поскольку в таких условиях возможна самосборка в листы с плотнейшей гексональной упаковкой.

Авторами использовались микросферы из полистирола и оксидов железа Fe_2O_3 и Fe_3O_4 . Полученные молекулы суспендировали в тончайшем слое ферромагнетной жидкости между двумя стеклами и помещали полученный образец во взаимноперпендикулярные магнитные поля. Добавляя новое вращающееся в плоскости стёкол поле, ученые смогли добиться той самой самосборки молекул, а при изменении вертикального вектора поля частицы начинали перемещаться внутри самих групп, медленно перемещая их в жидкости как единое целое. Эксперимент проводился на одиночной клетке дрожжей, которую переместили на 90 микрометров, что почти в два раза превышает размеры всей группы частиц. Главным достоинством своего метода авторы считают отсутствие необходимости дополнительной модификации

частиц перед самосборкой. Стоит так же отметить, что принцип работы метода не ограничивается короткими цепями и, в перспективе, возможно создание сферы любого размера. И, наконец, говоря о симбиотических молекулах, нельзя не упомянуть последние достижения авторов Австралии, Германии и США. Суть их работы заключается в модификации панциря диатомовых водорослей, которые используют как капсулы для точечной доставки противораковых препаратов к опухолевым клеткам [7]. Эти молекулы высокоспецифичны за счет антител к раковым клеткам, помещаемым на их поверхности методами генной инженерии.

Диатомовые водоросли не вызывают ответа иммунной системы из-за особого состава их панциря, а именно, оксида кремния в его составе. В центре панциря имеется полость, куда можно поместить лекарственные вещества, которые будут выходить в интерстиций через поры клетки. Особой медицинской ценностью данное семейство водорослей обладает за счет большого диапазона размеров клеток, поскольку размер пор напрямую связан с ним. Это позволяет максимально точно подобрать эффективную скорость диффузии препарата. Для эффективной работы системы ученые генетически модифицировали диатомовую водоросль *Thalassiosira pseudomonada*, благодаря чему на её поверхности были закреплены фрагменты G белка, способные к связи с IgG. На такую поверхность возможно нанести антитела, специфичные к определенному белку. Белок G был выбран как универсальный “адаптор” для антител к различным типам клеток. На данном этапе прогресса эксперимента удалось достигнуть селективной адгезии капсул на В-лимфомы и нейробластомы.

Данная система доставки лекарств показывает наилучшие результаты как для токсичных веществ, коими большинство противоопухолевых препаратов и являются, так и для препаратов, плохо связываемых белками крови, от чего страдает скорость и точность доставки. Дополнительным плюсом этой технологии является простота получения конечного продукта: для создания крайне сложных микроскопических структур достаточно просто создать определенные условия для роста.

Таким образом, опираясь на вышеизложенную информацию, можно сделать вывод, что высокоточные методы доставки лекарственных средств действительно способны решить многие проблемы нынешней медицины в области фармакологии. Каждый метод обладает своими плюсами и минусами, но дальнейшие разработки и синтез полученной информации неизбежно приведет к качественным изменениям в этой области, что и ознаменует новую эру в медицине.

Список литературы

1. Felfoul O., Mohammadi M., Taherkhani S. a.o. Magneto-aerotactic bacteria deliver drug-containing nanoliposomes to tumour hypoxic regions// *Nature nanotechnology* 11, 941–947 (2016)
2. Bazyliniski, D.A., Frankel, R.B.& Jannasch, H.W. Anaerobic magnetite production by a marine, magnetotactic bacterium//*Nature* 334, 518–519 (1988).

3. Schüler, D. Formation of magnetosomes in magnetotactic bacteria. J. Molec// Microbiol. Biotechnol. 1, 79–86 (1999)
4. Vaupel, P. & Mayer, A. Hypoxia in cancer: significance and impact on clinical outcome//Cancer Metastasis Rev. 26, 225-239 (2007).
5. Taherkhani, S., Mohammadi, M., Daoud, J. a.o. Covalent binding of nanoliposomes to the surface of magnetotactic bacteria acting as self-propelled target delivery agents//ACS Nano 8, 5049–5060 (2014).
6. Martinez-Pedrero F., Tierno P., Johansen T. H. & Straube A. V. Regulating wave front dynamics from the strongly discrete to the continuum limit in magnetically driven colloidal systems// Scientific Reports 6, Article number: 19932 (2016)
7. Delalat B., Sheppard V.C., Ghaemi S.R. a.o. Targeted drug delivery using genetically engineered diatom biosilica//Nature Communications 6 article number: 19932 (2016)

Джунаидова А.Х., 3-курс

**ОЦЕНКА МИНЕРАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ РАСТИТЕЛЬНОГО
ПРЕПАРАТА НАСТОЙКИ ТУТОВНИКА ПРИ
МИНЕРАЛОДИФЕЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ**

Научный руководитель: асс. Носирова С.З.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.
Узбекистан

Кафедра фармакологии и клинической фармакологии

Внедрение в практику лекарственных средств народной медицины произведённых в Узбекистане для лечения минералодефицитных состояний при помощи нового местного растительного препарата настойки тутовника “Tinctura Morus”.

В тибетской медицине считается, что настойка шелковицы белой "Чистит кровь, открывает закупорки, дает влагу мозгу, лечит печень, селезенку, увеличивает жировую капсулу почек. Рассасывает опухоли в горле, гортани, на языке и укрепляет эти органы, снимая с них воспаление и отек". Настойка из шелковицы белой успешно лечит анемию, вызванную гастритом с пониженной кислотностью, сахарный диабет, бессонницу. Смолистые вещества из листьев шелковицы белой способны снижать кровяное давление.

Цель. Изучить минеральную активность местного растительного препарата настойки тутовника для лечения минералодефицитных состояний.

Материалы и методы. Обследовано 30 больных - 10 мужчин и 20 женщин с клинически установленными диагнозами гипертоническая болезнь, остеопороз, гипокалиемия, находившиеся на стационарном лечении в терапевтическом отделении Бухарской городской больницы. Для оценки эффективности проводимой терапии использовались следующие показатели: динамика субъективных и объективных симптомов болезни, ОАК, биохимических параметров крови (кальций, калий, магний). Длительность исследования составила 30 дней. Контрольными точками явились первый и

тридцатый день. Всем больным проводилось базисное лечение гипертонической болезни, включавшее диету, гипотензивную, антиагрегантную терапию. Все больные в ходе исследования получали сходные дозы препарата растительного происхождения настойки тутовника, составлявшие 25 капель 2 раза в сутки после еды в течении 30 дней. Во время лечения побочных реакций не выявлено.

Результаты. У всех больных до лечения имелись клинико-лабораторные признаки минералдефицитных состояний умеренной степени активности, а именно: содержание К-2,8 ммоль/л, Са-0,8 ммоль/л, Mg- 0,55 ммоль/л что значительно меньше нормы. На 30 день исследования у больных наблюдалась положительная динамика: по субъективной и объективной симптоматике, а так же улучшение лабораторных показателей, нормализация макроэлементов крови а именно достигли нижней границы нормы. К увеличился с $2,8 \pm 4,8$ до $3,2 \pm 5,3$ ммоль/л ($p < 0,05$); Са возрос с $0,8 \pm 1,1$ до $1,03 \pm 0,67$ ммоль/л ($p < 0,05$); Mg увеличился с $0,55 \pm 1,8$ до $0,7 \pm 3,3$ ммоль/л ($p < 0,05$);

Выводы:

1. Новый препарат растительного происхождения настойка тутовника хорошо переносится больными гипертонической болезнью с минералдефицитными состояниями.
2. Месячный прием препарата настойки тутовника “Tinctura Morus” приводит к достоверному улучшению состояния макроэлементов крови.

Истамова С., 3-курс

ПРИМЕНЕНИЕ СИРИМОЛА ПРИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ НАГРУЗКЕ

Научный руководитель: к.м.н., доц. Мусаева Д.М.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.
Узбекистан

Кафедра фармакологии и клинической фармакологии

Известно, что для поступления в высшие учебные заведения родители стараются устраивать своих детей – будущих абитуриентов в определенные курсы по конкретным дисциплинам, что накладывает большую ответственность на ребенка. Ребенок с такой ответственностью старается днем и ночью готовиться, читать и писать – то есть накладывает большую умственную нагрузку на мозг. При этом в молодом организме повышается обмен веществ, что приводит к повышению потребности организма, а особенно мозга к питательным веществам, типа аминокислот, витаминов, минералов и других биологически активных веществ. Часто у таких детей аппетит снижен – они мало едят, что приводит к нарушению обмена веществ и ребенок чувствует усталость, нарушение сна, апатию и снижение интеллектуальной и физической работоспособности.

Цель. Применение препарата Сиримол у детей, посещающих подготовительные курсы и изучение фармакологического его влияния на интеллектуальную способность абитуриентов.

Материалы и методы. Мы провели анкетированный опрос 30 абитуриентов из разных подготовительных курсов до применения препарата Сиримол и после его применения через 1 месяц. Сиримол назначили по 1 капсуле 1 раз в день после еды в течение 1 месяца.

Результаты. Полученные клинические данные показали, что после применения Сиримола начиная с 3-дня у абитуриентов нормализовался сон, а на 5-6-дни абитуриент чувствовал улучшение в умственной работоспособности. К концу курса лечения было абитуриентами отмечено улучшение всех интеллектуальных показателей. Все эти явления объясняется тем, что препарат Сиримол содержит 27 компонентов – это 8 незаменимых аминокислот, такие как изолейцин, лейцин, лизин, метионин, фенилаланин, треонин, триптофан, валин, а также витамины группы В (В1, В2, В5, В6, В9, В12), витамины А, С, Д, Е – антиоксиданты и микроэлементы - йод, железо, селен, медь, марганец, магний, цинк.

Выводы. Такой комплекс способствует восполнению недостающих частей обмена веществ и приводит к восстановлению функций всех органов и систем, а особенно того органа, которая получает наиболее высокую нагрузку – мозга. Отмеченное положительное влияние препарата Сиримол наряду с другими органами, приводит к повышению интеллектуальных способностей абитуриентов, что имело место и в наших наблюдениях.

Ыктияров А.А., 4-курс

ВЛИЯНИЕ НИТРИТНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ ПОСТРЕАНИМАЦИОННОГО ПЕРИОДА (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Научные руководители: к.м.н., доц. Жантуреева А.А., к.м.н., доц. Таржанова Д.Ш., PhD, ассоц. проф. Байдуйсенова А.У., маг.биол. наук, ст. преп-ль Бекниязова Г.А.

НАО «Медицинский университет Астана», г. Нур-Султан. Казахстан
Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии имени Ш.И.Сарбасовой

Клинические проявления постренимационной болезни наиболее демонстративны в патологии ЦНС, нарушения функции и структуры которой в основном определяют успех оживления. Как показала клиническая практика и эксперименты на животных, внешнее постренимационное восстановление организма не означает выздоровления, поскольку установлен ряд клинических форм отсроченных, часто фатальных постгипоксических энцефалопатий, развивающихся спустя несколько недель или месяцев после внешнего восстановления психоневрологического статуса.

Одним из факторов, осложняющих течение постренимационного периода (ПРП), является исходное патологическое состояние организма. Острая и хроническая нитритная интоксикация в настоящее время имеет широкое распространение ввиду бесконтрольного применения нитратов в пищевой промышленности и в сельском хозяйстве. В то же время известно, что

применение антигипоксантов определяет способность организма переносить критические ситуации с меньшими потерями и способствует более благоприятному течению постреанимационной болезни. В связи с вышеизложенным, представлялось актуальным изучить влияние нитритной интоксикации на течение ПРП. Для этого экспериментальным животным формировали нитритную интоксикацию в течение 21 дня с последующим моделированием клинической смерти различной продолжительности. В опыт были взяты 22 животных, которым до моделирования клинической смерти формировали нитритную интоксикацию. Сравнение полученных результатов проводили с животными, перенесшими 5-минутную клиническую смерть без дополнительных нагрузок нитритом натрия (I группа).

При сравнении сроков восстановления витальных функций между указанными группами статистически значимые различия были выявлены по всем учитываемым показателям. При этом восстановление основных витальных функций происходило в данной подопытной группе в среднем в 1,5-2 раза позже аналогичных параметров в контроле. Так, возобновление эффективной сердечной деятельности в группе крыс с нитритной интоксикацией регистрировалось через $1,01 \pm 0,06$ мин против $0,49 \pm 0,03$ мин в контроле ($p < 0,01$), появление первого вдоха через $2,65 \pm 0,12$ мин против $2,00 \pm 0,06$ мин ($p < 0,01$) и роговичного рефлекса спустя $5,21 \pm 0,43$ мин против $3,44 \pm 0,13$ мин ($p < 0,01$).

Кроме того, выявлены достоверные различия при изучении динамики неврологического статуса и общего состояния. Так, через 30 мин после реанимации этот показатель в подопытной группе составил $52,63 \pm 1,55$ баллов против $48,75 \pm 0,96$ баллов ($p < 0,05$). В этот момент у подопытных животных дыхание было неритмичным. Тонус верхних и нижних конечностей отсутствовал.

Через час изучаемый показатель общего состояния у животных II группы был равен $45,36 \pm 1,15$ баллам, что было в среднем в 1,2 раза выше аналогичного результата I группы ($p < 0,05$). В этот период дыхание у животных подопытной группы I было неритмичным, отсутствовали реакции на болевые и шумовые раздражители. К исходу 3 часа посттерминального периода по-прежнему сохранялась значительная разница между группами в скорости восполнения неврологического дефицита. ПОС во II группе животных снизился до $29,27 \pm 1,59$ баллов, тогда как в группе, где оживление проводилось без предварительной нагрузки нитритом натрия, данный показатель составил $24,75 \pm 1,55$ баллов, $p < 0,05$. Животные не могли удерживать нормальную позу, некоторые крысы неадекватно реагировали на звуковые раздражители. Через 6 часов после начала реанимации изучаемый параметр во второй группе составил $15,18 \pm 1,32$ баллов ($p < 0,01$). Животные начинали удерживать нормальную позу, однако сохранялась выраженная атаксия.

Защитные реакции и ответ на болевой раздражитель были немного сниженными. К исходу первых суток ПРП значения ПОС были равны $4,63 \pm 1,35$ баллов против $1,08 \pm 0,31$ баллов ($p < 0,01$). Крысы были гипоактивными,

некоторые из них проявляли агрессивность по отношению к экспериментатору. Животные самостоятельно принимали пищу и воду.

Таким образом, резюмируя вышеизложенное, можно сделать вывод о том, что у животных, употреблявших нитрит натрия до моделирования клинической смерти, в восстановительном периоде после оживления было отмечено замедление возобновления жизненно важных функций организма и скорости восполнения неврологического дефицита. В ходе экспериментального исследования доказано, что хроническая нитритная интоксикация, предшествующая терминальному состоянию, утяжеляет течение ПРП. Показано, что хроническая нитритная интоксикация замедляет скорость восстановления жизненных функций и темп восполнения неврологического дефицита у крыс, перенесших терминальное состояние. Это, по-видимому, связано с токсическим воздействием нитрита натрия и продолжительностью клинической смерти. При моделировании нитритной интоксикации на 3-и сутки эксперимента отмечается снижение содержания эритроцитов и концентрации гемоглобина. По-видимому, это связано с токсическим действием нитритов на эритроциты, которое связано с активацией перекисного окисления липидов, со снижением активности системы антиоксидантной защиты, а также с изменением проницаемости и деформируемости красных клеток крови.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что длительное, в течение 3-х недель, употребление 0,2% раствора нитрита натрия влияет на показатели красной крови, вызывая развитие гемической гипоксии и метгемоглобинемии.

При изучении влияния нитритной интоксикации на состояние периферической крови в ПРП отмечается выраженная метгемоглобинемия в течение 21 дня после оживления.

Применение гексаметилентетрамина как с профилактической так и с лечебной целью у животных перенесших 10-минутную клиническую смерть на фоне нитритной интоксикации, оказало положительное влияние на восстановление функций центральной нервной системы. Использование гексаметилентетрамина приводило к ускорению возобновления основных жизненных функций в 1,7-2,0 раза по сравнению с животными, перенесшими терминальное состояние на фоне нитритной интоксикации. Кроме того, превентивное применение гексаметилентетрамина в дозе 80 мг/кг у крыс с нитритной интоксикацией, уменьшало метгемоглобинемию на 21-е сутки интоксикации и в восстановительном периоде после оживления, облегчало течение гемической гипоксии, наблюдаемой как при моделировании хронической нитритной интоксикации, так и в ПРП. Профилактическое и лечебное воздействие гексаметилентетрамина улучшали интегративную деятельность головного мозга.

Янгурчина А.Г., 3-курс, Янгурчина Ю.Г., 3-курс, Бикмаева Ю.А., 3-курс
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФЕРМЕНТНЫХ ПРЕПАРАТОВ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Научные руководители: д.м.н., проф. Кузьмин. О.Б., к.м.н., доц. Ландарь Л.Н.
Оренбургский государственный медицинский университет. Российская
Федерация
Кафедра фармакологии

К настоящему времени получены убедительные доказательства, что современная биология и медицина говорят на языке энзимологии, и что возможности применения ферментов в медицине безграничны.

Цель. Изучить и проанализировать применение ферментных препаратов в медицинской практике.

Материалы и методы. Обзор и анализ научной литературы.

Результаты. Ферменты - белковые катализаторы, которые с высокой специфичностью и эффективностью в несколько раз ускоряют химические превращения при обмене веществ. Ферменты участвуют практически во всех процессах жизнедеятельности организма, поэтому снижение их активности часто приводит к возникновению патологических процессов. Применение ферментов в медицине разнообразно. Протеолитические ферменты («Трипсин») разрушают пептидные связи гликопротеидов, уменьшая тем самым вязкость и эластичность мокроты. Нуклеазы («Рибонуклеаза», «Дезоксирибонуклеаза») деполимеризуют РНК и ДНК до моонуклеатидов путем расщепления межнуклеотидных связей, обладают противовоспалительным свойством, используют для удаления вязких экссудатов и мокроты. Препарат «Дистрептаза», состоящий из ферментов стрептокиназа и стрептодорназа, ускоряет растворение и удаление воспалительной жидкости из патологического очага. Ферментные препараты поджелудочной железы («Панкреатин», «Фестал», «Энзистал», «Креон») способствуют улучшению процесса пищеварения, а также направлены на регуляцию функции поджелудочной железы. Препараты системной энзимотерапии («Вобензим», «Флогензим», «Вобэ-Мугос») действуют системно, оказывают положительное воздействие на ход воспалительного процесса, ограничивают патологические проявления аутоиммунных и иммунокомплексных процессов, положительно влияют на показатели иммунологической реактивности организма.

Выводы. Ферментные препараты имеют широкий спектр действия, поэтому применение этих препаратов в медицинской практике разнообразно и эффективно при лечении многих заболеваний.

8-СЕКЦИЯ. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ НЕВРОЛОГИИ, ПСИХИАТРИИ, КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Варламов Е.В., 2-курс

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О КОНФОРМАЦИОННЫХ БОЛЕЗНЯХ

Научный руководитель: к.б.н., доц. Лебедева Е.Н.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская
Федерация

Кафедра биологической химии

Конформационные болезни - группа нейродегенеративных заболеваний (болезнь Паркинсона (БП), Альцгеймера, Хантингтона и др.), в основе патогенеза которых лежит неправильная укладка определенных нейрональных белков, что приводит к образованию токсичных нерастворимых белковых агрегатов, вызывающих гибель клеток.

Некоторые растворимые в норме клеточные белки при определенных условиях образуют амилоиды – нерастворимые белковые фибриллы со специфической структурой. Все амилоидогенные белки, вовлеченные в развитие нейродегенеративных заболеваний, можно разделить на две группы. В одну из них входят белки, повышенная склонность которых к агрегации возникает в результате мутаций и изменения их первичной аминокислотной последовательности, как, например, в случае «полиглутаминовых болезней», таких как болезнь Хантингтона, и некоторых формах спинно-мозжечковой атаксии. Белки другой группы имеют нормальную аминокислотную последовательность, однако в определенных, как правило, неизвестных условиях приобретают повышенную склонность к агрегации и формированию нерастворимых структур, например, это происходит при болезни Паркинсона, болезни Пика, болезни Альцгеймера.

Одной из гипотез патогенеза БА рассматривают гиперфосфорилированный белок тау в качестве основной причины развития БА. Тау – это нейрональный белок, ассоциированный с микротрубочками.

В настоящее время считается, что его основными функциями является формирование и стабилизация микротрубочек, которые выполняют важную роль в структуре цитоскелета. Также тау участвует в процессах сигнальной трансдукции.

Тау-патология при БА представлена внутриклеточными скоплениями гиперфосфорилированного тау-белка - т.н. нейрофибрилярными клубками. Такие клубки наблюдаются не только при БА, но и при других нейропатологиях, приводя к нарушениям внутринеуронального транспорта и гибели клеток. Мутации в гене МАРТ, который кодирует тау, генетически не связаны с развитием БА, однако они влияют на функцию белка, изменяя способность тау связываться с микротрубочками, либо изменяя соотношение

различных тау-изоформ, и идентифицированы при ряде других нейродегенеративных патологий [3, с. 53].

На протяжении более 20 лет основной и ключевой гипотезой патогенеза БА остается амилоидная гипотеза. А β образуется из белка APP (англ. Amyloid precursor protein) путем поочередного воздействия двух ферментов β - и γ -секретаз. Учитывая это, был предложен способ лечения болезни Альцгеймера - выключить гамма-секретазу. Однако гамма-секретазы - фермент, работающий не только с APP, но и с другими субстратами, например с Notch-рецептором, имеющим колоссальное значение в деле создания межклеточных взаимодействий.

В журнале Nature появилась статья о белке, который влияет на «амилоидную» активность гамма-секретазы и при этом никак не затрагивает Notch. Этот белок назвали GSAP (γ -secretase activating protein). Оказалось, что при терапии антираковым препаратом «иматиниб» происходит связывание последнего с GSAP, и при этом препарат не влияет на Notch. GSAP является одной из субединиц гамма-секретазы и выключается в комплексе с «иматинибом», как следствие, выработка А β существенно снижается. Однако «иматиниб» не проходит через гемато-энцефалический барьер, поэтому терапия БА им не возможна. За время своего существования амилоидная гипотеза претерпела ряд изменений, последняя ее версия гласит, что главной причиной развития БА являются олигомеры А β , а не его амилоидные бляшки, как утверждалось ранее [2, с. 95-98].

Считается, что дезорганизация внутриклеточного протеостаза вследствие нарушения механизмов конформационного контроля и селективной деградации белков инициирует клеточный стресс и каскад патохимических реакций, приводящих к формированию токсичных белковых комплексов.

Функционирующая в клетках шаперонная система белка теплового шока HSP70 обеспечивает правильную конформацию белков и является первой линией защиты от фатальных последствий их неправильной укладки. Однако при хроническом протеотоксическом клеточном стрессе, характерном для конформационных болезней, шапероны уже не справляются со своей основной функцией. Кроме того, при болезни Паркинсона содержание некоторых шаперонов снижено. Экспериментально было подтверждено, что увеличение содержания Hsp70 в нейронах кЧС с помощью интраназального введения белка Hsp70 ослабляет процесс нейродегенерации и нейровоспаления в нигростриатной системе и устраняет моторные симптомы, характерные для модели клинической стадии БП у крыс. Так же было показано, что снижение экспрессии Hsp70 в структурах головного мозга путем введения ингибитора HSPs кверцетина приводит к прогрессирующей гибели ДА-ергических нейронов и снижению показателей синтеза ДА в выживших нейронах в модели доклинической стадии БП у крыс. Это провоцирует скачкообразное прогрессирование патофизиологических признаков от доклинической к клинической стадии болезни Паркинсона [1, с.1603-1605].

Это указывает, что Hsp70 продлевает жизнь не только белков, но и нейронов, исполняя роль потенциального фактора защиты функций мозга при БП. Использование препаратов Hsp70 может являться одним из перспективных подходов к нейропротективной терапии при болезни Паркинсона и других конформационных болезнях.

Список литературы

1. Ekimova I.V., Plaksina D.V., Pastukhov Yu.F. (2017) HSP70 heat shock protein in molecular mechanisms of brain functions protection in conformational diseases., с.1603-1605
2. Gen He, Wenjie Luo, Peng Li, Christine Remmers, William J. Netzer, Joseph Hendrick, Karima Bettayeb, Marc Flajolet, Fred Gorelick, Lawrence P. Wennogle, Paul Greengard. Gamma-secretase activating protein is a therapeutic target for Alzheimer's disease // Nature. 2010. V. 467, P. 95-98.
3. Zhang, C.C., Xing, A., Tan, M.S., Tan, L., and Yu, J.T. (2016) The Role of MART in neurodegenerative diseases: genetics, mechanisms and therapy, Mol. Neurobiol., с. 53

Касымова Н., 5-курс

ПСИХОДИАГНОСТИКА КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ СОСУДИСТОГО ГЕНЕЗА

Научный руководитель: к.м.н. Мухаммадиева Н.Б.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.
Узбекистан

Кафедра неврологии и психиатрии

Цель. Оптимизировать раннее выявление когнитивных нарушений сосудистого генеза.

Материалы и методы. В группу исследования были включены 24 больных в возрасте 58-68 лет, с установленным диагнозом гипертоническая болезнь, ИБС. Для диагностики когнитивных нарушений были использованы психодиагностические методы (краткая шкала оценки психического статуса MMSE (Mini-Mental State Examination)).

Результаты. Для выявления и своевременного лечения когнитивных нарушений был использован следующий алгоритм диагностики. Первый этап диагностики основывался на жалобы больного. При легких когнитивных нарушениях больные (9 больных, 37,5%) жаловались на снижение памяти (на текущие события, фамилии, имена, телефоны, использование записной книжки, профессиональная память страдает мало), ухудшение работоспособности, рассеянность (не заметны для окружающих, но ощущаются пациентом). При умеренных когнитивных нарушениях пациенты (15 больных, 62,5%) при беседе с врачом предъявляли жалобы на забывчивость, снижение работоспособности, легкие ухудшения в сложных видах профессиональной и повседневной деятельности (жалобы подтверждаются окружающими). В исследованной группе не были обнаружены больные с когнитивными нарушениями на уровне

деменции. На втором этапе диагностики у исследованной группы больных были получены следующие результаты оценки нарушений когнитивных функций: у 9 обследованных больных (37,5%) была установлена легкая степень когнитивных нарушений (по шкале MMSE набранный балл в среднем составил - 26,4). У 15 больных (62,5%) была установлена умеренная степень когнитивных нарушений (по шкале MMSE набранный балл в среднем составил - 24,6), объективные свидетельства когнитивных нарушений, полученные с помощью нейропсихологических тестов свидетельствуют о снижении результатов нейропсихологических тестов не менее чем на 1,5 стандартных отклонения от среднестатистической возрастной нормы, деменция отсутствует. Стадия ГБ, возраст и уровень образования пациента были независимыми предикторами оценок по нейропсихологическим шкалам.

Выводы. Ранняя диагностика когнитивных нарушений сосудистого генеза даёт возможность улучшить прогноз заболевания за счет повышения уровня социальной адаптации и качества жизни этих больных. Выявление когнитивных расстройств является основанием для тщательного соматического обследования пациента и активной терапии выявленной соматической патологии. При этом планирование лечения должно проводиться с учетом когнитивного статуса больного.

Корсунская Е.А., 5-курс

КОМОРБИДНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ В ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ

Научный руководитель: к.м.н. Поздняков С.О.

Ярославский государственный медицинский университет. Российская Федерация

Кафедра нервных болезней с медицинской генетикой и нейрохирургией

Рассеянный склероз (РС) - хроническое аутоиммунное заболевание, при котором поражается миелиновая оболочка нервных волокон головного и спинного мозга. Довольно часто имеет прогрессирующее течение.

На 2017 год в России на 100 тысяч человек приходится 54,8 человека с рассеянным склерозом, а по Ярославской области – 57,1 человек на 100 тысяч населения и с каждым годом количество больных увеличивается.

В данный момент на учёте по поводу рассеянного склероза в Ярославской области состоит более, чем 800 человек. Данная работа является первым эпидемиологическим исследованием по изучению коморбидности у пациентов с РС в Ярославской области. В качестве материалов и методов использовались модифицированная шкала CIRS-G для опроса больных и оценки коморбидности, программа Statistica 10,0, метод χ^2 . Всего было обследовано 35 человек, из них 22 человека в возрасте 18-44 лет, 9 в возрасте 45-59 лет, 4 человека в возрасте 60-75 лет.

В структуре общей коморбидности преобладали вирусные заболевания (88,6%), болезни верхних отделов ЖКТ (74,3%), мочеполовой (71,4%), нервной,

исключая рассеянный склероз, систем (65,7%), болезни ЛОР-органов (65,7%), опорно-двигательного аппарата (60%). В структуре коморбидности по двум заболеваниям чаще встречались сочетания заболеваний нервной системы и ЛОР-органов (48,6%), верхних отделов ЖКТ и мочеполовой системы (45,7%), нервной и мочеполовой (42,9%), сосудистой и ЛОР-органов (42,9%). В структуре коморбидности по трем заболеваниям преобладали сочетания заболеваний: нервной, сосудистой систем и ЛОР-органов (34,3%), сосудистой, ЛОР-органов и верхних ЖКТ (31,4%), нервной, ЛОР-органов и мочеполовой систем (28,6%), сосудистой, ЛОР-органов и нижних отделов ЖКТ (28,6%). Количество пораженных систем в среднем: в возрасте 18-44 лет – 4,5 (от 1 до 11); 45-59 лет – 6 (от 3 до 9); 60-75 лет – 7,4 (от 5 до 8).

В возрастной группе 18-44 лет преобладала общая коморбидность по вирусным заболеваниям (77,3%), ЛОР-органам (68,2%), нервной системе (63,6%). В возрастной группе 45-75 лет в общей коморбидности преобладали болезни ЛОР-органов (92,3%), верхних отделов ЖКТ (84,6%), мочеполовой (84,6%), сосудистой (69,2%), нервной системы (69,2%). По сравнению с четырьмя мультицентровыми канадскими исследованиями (23,382 пациентов с РС) наблюдались статистически значимые различия. В Ярославской области чаще встречались: заболевания щитовидной железы ($\chi^2=36,36$, $p<0,01$); мигрень (головная боль) ($\chi^2=20,97$, $p<0,01$). У пациентов с РС статистически значимо чаще встречается коморбидная патология. При этом характерно увеличение числа коморбидных состояний с увеличением возраста.

С учетом полученных данных для пациентов с рассеянным склерозом необходимо:

1. Проводить профилактику и адекватную терапию типичных коморбидных заболеваний.
2. Учитывать лекарственное взаимодействие препаратов при их назначении на фоне рассеянного склероза.

Саидова М.Х., 1-курс, магистрант

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Научный руководитель: к.м.н., доц. Кучкоров У.И.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.
Узбекистан

Кафедра неврологии психиатрии

Оценка качества жизни больных является, как критерий жизнеспособности и адаптивности больных. Эпилепсия является одним из наиболее распространенных заболеваний, при которой нарушается психическая деятельность человека.

Цель. Определить и оценить качество жизни больных эпилепсией в ранних сроках болезни (с 1 года до 5 лет).

Задачи. Диагностика больных эпилепсией и оценка параметров качества жизни больных эпилепсией для сравнения с контрольной группой.

Материалы. В Бухарском областном психоневрологическом диспансере было выбрано 36 больных с эпилепсией, со стажем заболевания 1-5 лет, в возрасте от 20 лет до 35 лет. В контрольной группе выбрано 22 здоровых человека.

Методы: ЭЭГ, анкетирование. Тест SF-36 (для оценки качества жизни).

Результаты. Качество жизни у здоровых людей оценивается по физической активности, психологической устойчивости, качеству выполнения повседневной работы. При эпилепсии в значительной степени снижается физическая активность, функционирование - в виде усталости, нарушение сна и бодрости. При исследовании у больных эпилепсией основной чертой психики становится тугоподвижность, замедленность психических процессов, склонность к застреванию на деталях, обстоятельность, трудность переключения. Уровень независимости больных в качественном выполнении повседневной работы отличается от уровня у здоровых людей. Трудовая деятельность больных связана с физическими и психическими перенапряжениями, и воздействует на общественную деятельность, материальные и духовные ценности больных. В начале заболевания 80 % больных недовольны своими социальными взаимоотношениями и чувствуют себя изолированными от остальных людей. В поздних сроках болезни у больных повышена безразличность к окружающему миру, они погружены в свои негативные переживания и малодоступны к общению. Наше исследование показывает, что качество жизни больных эпилепсией значительно снижены, по сравнению со здоровыми людьми по всем критериям.

Выводы. Оценка качества жизни у больных эпилепсией выявила достоверно низкие показатели в психологической сфере, снижение самооценки и неудовлетворенность собой, превалирует в жизнедеятельности больных в обществе. В физической сфере выявлено недостаточная активность в повседневной жизни в виде снижения силы, энергии и нарушении сна и бодрости.

Сарманова Э.Р., 2-курс

ОЦЕНКА АКТУАЛЬНОСТИ ПРОБЛЕМ НЕВРОЛОГИИ, ПСИХИАТРИИ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Научный руководитель: ст. преп-ль Богдалова Е.Ю.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская
Федерация

Кафедра физической культуры

В современном обществе человек испытывает большое количество стресса, и других нагрузок на нервную систему и психику, неблагоприятная экологическая обстановка, постоянная суета также нагружают человеческий организм и приводят к различным неврологическим и психическим сбоям. Большая проблема современного общества связана с инсультами, их диагностикой и лечением, постинсультным состоянием: когнитивными

нарушениями, двигательными нарушениями, депрессией. Болезнью Паркинсона, его этиологией и лечением. Рассеянный склероз, его диагностика, лечение, расстройства вегетативной нервной системы и многое другое.

Болезнь Паркинсона-второе по распространенности нейродегенеративное заболевание после болезни Альцгеймера. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, в мире более четырёх миллионов человек страдают болезнью Паркинсона, к тому же прогнозируется рост заболеваемости. Так, в 2005 число больных болезнью Паркинсона старше пятидесятилетнего возраста составляло 4,1-4,6 миллионов, а к 2030 году их количество удвоится и достигнет 8,7-9,3 миллиона. По эпидемиологическим показателям сплошных исследований можно приблизительно оценить общую численность больных данным заболеванием, примерно в 210 тысяч человек. Заболевание проявляется, главным образом, двигательными расстройствами, в виде гипокинезии, ригидности мышц, тремора покоя и постуральных нарушений, вызванных преимущественным поражением дофаминергических нейронов черной субстанции и широким спектром немоторных расстройств, включающих когнитивные, сенсорные, вегетативные и другие нарушения. Мужчины болеют в 1,5 раза чаще. Несмотря на достигнутый в последние годы прогресс в понимании генетических, а также молекулярных механизмов болезни Паркинсона, этиология всё еще остаётся неясной. Важное значение имеют как генетическая предрасположенность, так и факторы внешней среды, немалое значение играют и возрастные изменения, происходящие в нервной системе [2].

Рассеянный склероз встречается у лиц, молодого и трудоспособного возраста, возможность быстрого развития стойкой инвалидизации при недостаточной эффективности в ряде случаев существующих терапевтических средств. В настоящее время в мире насчитывается более 2 миллионов больных с рассеянным склерозом, в том числе в России около 200 тысяч. Рассеянный склероз-это аутоиммунное заболевание, основным патологическим механизмом которого является аутоагрессия против ЦНС. Роль в происхождении болезни играют вирусные инфекции, генетическая предрасположенность, влияние географического фактора и состояние всех систем организма. Большинство авторов относят рассеянный склероз к вирусобулсовленным заболеваниям на основании выявления высоких титров вирусных антител в крови и цереброспинальной жидкости больных, причем наиболее постоянно определяются высокие титры противокоревых антител. Клиническая картина этого заболевания сопровождается внезапными обострениями и ремиссиями. Наиболее частыми симптомами являются: поражение черепных нервов, при которых страдают зрительный, глазодвигательный, отводящий и вестибулярный черепные нервы. Встречаются и поражения вестибулярного нерва, которые проявляются приступами головокружения, рвотой и нистагмом. Изменения чувствительности, двигательные и рефлекторные нарушения. Координаторные расстройства являются важным признаком клинической картины рассеянного склероза. Наблюдаются нарушения сфинктеров. Наблюдаются нарушения вегетативных

функций, трофики, внутренних и эндокринных органов. Психопатологические нарушения, которые проявляются в виде выраженной эмоциональной неустойчивости, резкой раздражительности, плаксивости, снижением памяти. К большому сожалению в связи с недостаточностью знаний, об этиологии и патогенезе рассеянного склероза остается открытым вопрос о лечении данного заболевания [3].

Мы на протяжении всей своей жизни существуем в кругу других людей будь то семья, друзья, коллеги или незнакомые нам люди, поэтому нам важно следить не только за физиологическим состоянием нашего организма, но и за нашими психическим здоровьем, ведь последствия психических расстройств является серьезной проблемой не только для больных, но и их для близких, для общества и для государства в целом. Так же не стоит забывать о том, что состояние психического здоровья в значительной степени определяет состояние физического здоровья. Психические расстройства способствуют развитию таких распространенных заболеваний как гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, стенокардия, в свою очередь которые к инсультам и инфарктам миокарда. Инсульт сопровождается когнитивными нарушениями [4].

Подведём итоги. Организм человека – это большая взаимосвязанная и взаимодействующая система и поэтому при незначительном сбое в одной составляющей части этой системы, происходят сбои и во всём организме в целом. При воздействии различных внешних факторов таких как: стрессы, расстройства, конфликты, плохая экология, напряженный жизненный ритм, отсутствие должного сна и отдыха, нарушение в питании и многое другое пагубно влияет на психическое состояние человека. Психические расстройства в свою очередь способны отрицательно повлиять на физиологическое состояние человека, приводя его к инфарктам и инсультам, к различным нарушениям и патологиям со стороны центральной нервной системы. Медицина в настоящее время сделала значительные шаги в изучении различных заболеваний, но, к сожалению, до сих пор существуют и такие заболевания, чьи этиология и патогенез раскрыты не в полном объёме, а рост и увеличение численности пациентов с такими заболеваниями не стоит на месте. Необходимо помнить, что ранняя диагностика и своевременное лечение приведут медицину на шаг ближе к победе над различными рода болезнями.

Список литературы

1. <https://www.rmj.ru>
2. Гапонов Д.О. Современный взгляд на патогенетические механизмы прогрессирования болезни Паркинсона / Гапонов Д.О., Пригодина Е.В., Грудина Т.В., Доросевич А.Е. // РМЖ. – 2018. -№12(1). С. 66-72.
3. Столяров И.Д. Нейроиммунодиагностика и оптимальный выбор терапии рассеянного склероза / Столяров И.Д., Петров А.М., Вотинцева М.В., Ивашкова Е.В. // РМЖ . – 2011. - №15. С. 924.

4. Актуальные вопросы психиатрии. Органические психические расстройства и эпилепсия: Материалы научно-практической конференции / Под ред. д.м.н. Е.В. Малининой, д.м.н. В.А. Сергеева. – Челябинск: Изд-во «Пирс», 2012 -144 с

Сидора А.А., 4-курс, Скуратовская Д.С., 4-курс

ДЕПРЕССИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Научный руководитель: к.м.н., доц. Огнева Е.В.

Харковский национальный медицинский университет. Украина

Кафедра внутренней медицины №3 и эндокринологии

Депрессивные расстройства являются частой психической патологией, выявляемой у больных сахарным диабетом (СД). В основе депрессивных проявлений лежит диабетическая нейропатия, в патогенезе которой наиболее важную роль играют микроангиопатия и метаболические нарушения (гликозилирование миелина, усиление оксидантного теста, активация сорбитолового шунта). Наличие сопутствующей СД депрессии препятствует адаптации больного, негативно сказывается на течении основного заболевания, снижает вероятность комплаенса пациентов.

Цель. Исследовать частоту и выраженность депрессивных состояний у больных с СД.

Методы. В эндокринологическом отделении КНП ХОС «Областная клиническая больница» г.Харкова было проведено анкетирование 28 больных с СД 1 типа (n=7) и СД 2 типа (n=21). Оценка выраженности депрессивных состояний осуществлялась с помощью шкалы Бека. Проведён статистический анализ данных (программа Excel).

Результаты. По результатам исследования у большинства исследуемых больных были выявлены депрессивные состояния (75%). Результаты оценки наличия указанных расстройств по шкале Бека продемонстрировали их более выраженные проявления у больных с СД 2 типа: лёгкая степень составила 10,7%, умеренная – 14,3%, явная – 28,6%, тяжёлая – 21,4%.

Выводы. У большинства пациентов с СД определялось наличие депрессивных состояний, которые были более выражены у больных с СД 2 типа. Можно предположить, что нормализация психического состояния может улучшить показатели компенсации СД, а контроль углеводного обмена, в свою очередь, может уменьшить проявления депрессии у данной категории больных.

Скурыгина О.Д., 3-курс

ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ МЫШЕЧНАЯ ДИСТРОФИЯ ЭРБА-РОТА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Научный руководитель: к.м.н., доц. Савельева Е.В.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская
Федерация

Кафедра факультетской педиатрии, эндокринологии

Конечностно-поясная мышечная дистрофия (КПМД, limb-girdle muscular dystrophy – LGMD) также известна как мышечная дистрофия Эрба (Erb's muscular dystrophy). Это генетически гетерогенная группа наследственных заболеваний мышц со сходным фенотипом (мышечной слабостью вследствие генерализованного поражения проксимальных мышц конечностей с медленно прогрессирующим темпом развития заболевания). Средняя частота встречаемости всех форм КПМД составляет около 5-70 случаев на 1 млн населения (варьирует в ряде стран). Актуальность работы обусловлена тем, что данное заболевание является орфанным, что требует настороженности врача-педиатра.

Цель. Описать клинический случай прогрессирующей мышечной дистрофии Эрба-Рота.

Материалы и методы. Проведен анализ медицинской документации (ф.112, выписка из истории болезни), физикальное обследование ребенка 2 лет, страдающего прогрессирующей мышечной дистрофии Эрба-Рота.

Клиническое наблюдение. Пациентка К., 2 года 7 месяцев поступила на обследование и лечение в клинику с жалобами на частые падения, слабость в нижних конечностях, а именно затруднение при подъеме на лестнице, с пола и утомляемость при ходьбе. Анамнез жизни. Ребенок от 4 беременности 3 срочных родов. Течение беременности на фоне анемии, прогрессирующей мышечной дистрофии Эрба-Рота, без токсикоза, питание беременной рациональное, полноценное. Предлежание ребенка затылочное, оперативное вмешательство (кесарево сечение), рубец на матке. Ребенок закричал сразу, родился массой 2790 кг и длина 49см, приложен к груди в первые 30 минут, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Выписаны из роддома на 4 сутки с диагнозом ЗВУР 1 степени по гипертрофическому типу. Вскармливание грудное до 1,5 месяца. В течение года болеет 2-3 раза ОРЗ. Наследственность отягощена по линии матери – прогрессирующая мышечная дистрофия Эрба-Рота, хронический гастрит, родная сестра матери ребенка 2014 г.р. умерла в 6 месяцев от прогрессирующей гидроцефалии. Анамнез заболевания. Ребенок болен в течение года, в феврале 2019г. обратился в больницу по месту жительства с жалобами на частые падения, слабость в нижних конечностях, затруднение при подъеме на лестнице, с пола, утомляемость при ходьбе. *Физическое развитие* с отклонениями: рост-90см (4 коридор, 50 ц); масса-12кг (3 коридор, 25ц); ИМТ=14,8 (N=15,5); SDSроста=90-90,2/3,2=0,0625; SDSмассы=12-12,96/0,99=0,96; недостаток массы 7,5%. Со стороны нервной системы наблюдается: нарушения общих движений, моторики и координации (отмечается нарушение походки, частые падения). Мышечная система характеризуется гипотонией нижних конечностей до 1 балла. Тонус мышц (пластический и динамический) пониженный. Сила мышц снижена, симптом «дряблых плеч».

Проводится терапия: Специфической терапии не существует. Задача лечения миопатий – максимально продлить период, в течение которого больной

способен самостоятельно передвигаться. Внутримышечное введение витаминов В1 и В6, лечебная физкультура и массаж.

Проведено обследование:

1.ЭМГ. Спонтанной активности с левой передней четырехглавой мышцей бедра нет. В полном объеме исследование получить не удалось, ребенок был беспокоен.

2.ЭХОЭГ. Полости сердца не увеличены. Сократительная способность миокарда, сохранение ПТК с регургитацией 1 ст. Диагональная трабекула в полости левого желудочка.

3.ЭЭГ. Регистрируется полиморфная МВ-активность преимущественно тета диапазона с наложением более быстрых колебаний. На этом фоне регистрируются вспышки волн тета диапазона амплитуда до 100мкВ по центрально-затылочному отделу.

4.ЭКГ. Эхографического –значимого смещения М-ЭХО нет.

5.УЗИ (мышц). УЗИ мышц бедер и голени- мышечный рисунок, эхогенность, симметричность мышечных пучков- без особенностей.

Исследование уровня КФК в сыворотке крови- 167,9 Е/л (N=до 228 Е/л)

Молекулярно-генетическое обследование.

Ребенок консультировался у генетика, был поставлен окончательный диагноз- мышечная дистрофия Эрба-Рота.

Клинический диагноз: Прогрессирующая мышечная дистрофия Эрба-Рота.

Выводы. Возможно проведение пренатальной диагностики при вынашивании беременности с повышенным риском наследования заболевания (отягощенная наследственность со стороны матери) с помощью анализа ДНК, выделенной из клеток плода, полученных путем амниоцентеза в сроки гестации от 15 до 18 нед или биопсии хориона в сроки гестации от 10 до 12 нед. Предимплантационная генетическая диагностика возможна для молодых семей, в которых причинные генные мутации, уточнены у пострадавшего члена семьи (матери ребенка) в исследовательской лаборатории или клинически. Специфического (патогенетического) лечения, доступного и эффективного для КПМД, в настоящее время нет, однако интенсивная симптоматическая терапия необходима для сохранения функций пораженных мышц, снижения темпов прогрессирования заболевания и увеличения продолжительности жизни пациента.

Сухих И.В., 5-курс, Надеина А.А., 5-курс

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА У ПАЦИЕНТОВ, ВПЕРВЫЕ ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ

Научный руководитель: д.м.н., проф. Баранова Н.С.

ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, Ярославль, Российская Федерация
Кафедра нервных болезней с медицинской генетикой и нейрохирургией

Сердечно-сосудистая заболеваемость среди населения неуклонно растёт из года в год и по последним статистическим данным составляет 32,1% (2014 –

28,8%, 2015 – 31,2%, 2016 – 31,7%), частым последствием этих заболеваний является инсульт. Данное состояние является частой причиной инвалидизации трудоспособного населения. Эта патология приводит к появлению неврологического дефицита, снижению когнитивных функций, ведёт к ухудшению качества жизни. Лечение и реабилитация пациентов с инсультом – важные медицинские, социальные и экономические проблемы. Данное исследование позволит оценить уровень когнитивного дефицита и качество жизни пациентов с целью разработки адекватных лечебных мероприятий.

Цель исследования. Оценка когнитивного дефицита у двух групп пациентов, перенесших ишемический и геморрагический инсульт; сравнение результатов двух групп; выявление зависимости выраженности когнитивного дефицита от уровня образования, пола; оценка уровня тревоги и депрессии, их зависимость от типа инсульта, образования, пола; оценка активности повседневной жизнедеятельности.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 42 пациента с впервые выявленным полушарным инсультом (26 по ишемическому, 16 по геморрагическому типу), из которых 17 мужчин и 25 женщин в возрасте от 33 до 82 лет ($58,9 \pm 6,82$).

Критерии включения в исследование:

- Первичный полушарный инсульт;
- Отсутствие тяжелой неврологической симптоматики, которая препятствовала бы нейропсихологическому обследованию.

Критерии исключения из исследования:

- Прединсультное дементное состояние по данным шкалы IQCODE.

Для оценки когнитивного дефицита были использованы стандартизированные шкалы:

- MoCA (монреальская шкала оценки когнитивных функций).
- MMSE (краткая шкала оценки психического статуса).
- FAB (батарея тестов лобной дисфункции).
- Шкала IQCODE.
- Для оценки уровня тревоги и депрессии использовался стандартизированный опросник HADS (госпитальная шкала тревоги и депрессии).
- Оценка активности повседневной жизнедеятельности производилась по шкале Бартел.

Для статистического анализа использованы непараметрические методы: U-критерий Манна-Уитни (статистический пакет программы Статистика 10.0).

Результаты исследования. По данным MoCA был выявлен когнитивный дефицит у 81% пациентов (34 чел.), у остальных 19% значения в пределах нормы (8 чел.). Среднее значение составило $20,85 \pm 4,28$. Этот опросник не предусматривает градацию по когнитивному дефициту, в отличие от MMSE, в котором были выявлены лёгкие когнитивные расстройства (24-27 баллов) у 42,9% пациентов (18 чел), лёгкая у 28,6% (12 чел), умеренная у 7,1% (3 чел.) и тяжёлая деменция у 4,7% (2 чел.), нормальные значения у 16,7% (7 чел.). По

результатам FAB умеренная лобная дисфункция у 62% (26 чел.) и выраженная у 19% (8 чел.), 19% (8 чел.) – без патологии. По данным HADS субклиническая депрессия выявлена у 19% (8 чел.) и клинически выраженная у 19% (8 чел.), 62% (26 чел.) – отсутствие симптомов депрессии; субклиническая тревога у 35,7% (15 чел.), клинически выраженная у 9,5% (4 чел.), 54,8% (23 чел.) – без признаков тревоги. По результатам индекса Бартел умеренно и выражено зависимы по 35,7% (по 15 чел.), полностью зависим 2,4% (1 чел.), остальные независимы от помощи окружающих 26,2% (11 чел.).

Отмечена прямая зависимость между типом инсульта и степенью выраженности когнитивных нарушений ($p=0,09$): у пациентов с геморрагическим инсультом среднее значение MoCA 16,9 балла, MMSE 21,2 балла, FAB 12,5 балла, а у пациентов с ишемическим – среднее значение MoCA 24,8 балла, MMSE 26,3 балла, FAB 15 баллов. Также выявлена прямая зависимость между типом инсульта и уровнем тревоги и депрессии ($p = 0,018$): у больных с геморрагический инсультом уровень тревоги в среднем составил 7,8 баллов, а у другой группы – 3,8 балла, уровень депрессии также достоверно выше у пациентов с геморрагическим инсультом и равен 8,1 балла, в сравнении с ишемическим – 3,2 балла. Кроме того, больные с геморрагическим инсультом больше нуждаются в помощи окружающих ($p=0,024$): индекс Бартел у них составил в среднем 52,5 балла, у пациентов с ишемическим инсультом – 79 баллов. Выявлена прямая зависимость снижения когнитивных функций от уровня образования: у пациентов, имеющих высшее образование, когнитивные расстройства менее выражены ($p=0,03$): с высшим образованием показатели MoCA – 24,4 балла, MMSE – 27 баллов, FAB – 15,2 баллов, что выше, чем у людей без высшего образования (MoCA – 19,6 балла, MMSE – 22,6 баллов, FAB – 13,2 баллов). Достоверно значимой разницы между полом и когнитивным дефицитом после инсульта не выявлено ($p \geq 0,015$).

Выводы. Когнитивные расстройства более выражены у пациентов, перенесших геморрагический инсульт, а также у них выше уровень тревоги и депрессии, а уровень повседневной активности ниже. Следовательно, к вопросу о физической и когнитивной реабилитации у таких пациентов нужно подходить более внимательно и всесторонне.

Список литературы

1. Захаров В.В. Инсульт и когнитивные нарушения [Электронный ресурс] / В.В. Захаров, Н.В. Вахнина // МЕДИ. – 2013. URL: <http://medi.ru/info/10484/>
2. Катаева Н.Г. Когнитивные нарушения после инсульта / Н.Г. Катаева, Н.А. Корнетов, Е.В. Караваева, В.А. Чистякова, А.М. Елисеева [Электронный ресурс] // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. научн. журн. – 2010. – №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kognitivnye-narusheniya-posle-insulta>
3. Пизова Н.В. Особенности когнитивных расстройств после инсульта: диагностика и терапевтические подходы [Электронный ресурс] // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. научн. журн. – 2013. – №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/osobennosti-kognitivnyh-rasstroystv-posle-insulta-diagnostika-i-terapevticheskie-podhody>

4. Скоромец А.А. Нервные болезни: учебн. пособие / А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А. Скоромец. – 5-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2016. – с. 50-59, 260, 270-289.

5. Henry J. Riordan, Laura A. Flashman. Cognitive impairments after stroke [Электронный ресурс] // Journal of the International Neuropsychological Society. – 2011. – №2 (40). URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/16487>

Панина К.А., 5-курс, Лисовская В.В., 5-курс

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СКОРОСТИ ХОДЬБЫ, СТАТИКО-ЛОКОМОТОРНОЙ И ДИНАМИЧЕСКОЙ АТАКСИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ И МОЗЖЕЧКОВЫМ ИНСУЛЬТОМ

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская Федерация

Атаксия (от греч. ataxia - беспорядок) - расстройство координации движений; часто встречающееся нарушение моторики. Сила в конечностях незначительно снижена или сохранена полностью. Движения становятся неточными, неловкими, расстраивается их преемственность и последовательность, нарушено равновесие в положении стоя и при ходьбе. Данная симптоматика нередко наблюдается у пациентов, страдающих ВИЧ-инфекцией и инсультом в мозжечке (ИМ).

Цель. Изучение параметров устойчивости и ходьбы, таких как скорость, боковая симметрия у пациентов, страдающих ВИЧ-инфекцией, а также перенесших инсульт в мозжечке для определения критериев тяжести нарушения функции.

Материалы и методы. Клинико-неврологическое исследование 30 пациентов: 18 ВИЧ-инфицированных пациентов (10 мужчин (средний возраст – 40,9 лет) и 5 женщин (38,8 лет)) и 12 пациентов с мозжечковым инсультом (МИ) (6 мужчин (средний возраст – 41,8) и 6 женщин (средний возраст – 41,8)). На аппарате e/p/cosmos определялись параметры устойчивости и ходьбы в Главном бюро МСЭ г.Оренбурга: анализ площади эллипса с открытыми и закрытыми глазами; анализ параметров ходьбы (длительность двойного шага, временные параметры ходьбы, боковая симметрия, максимальная сила давления); сравнение полученных данных.

Результаты. Средняя площадь эллипса в группе «ВИЧ-инфекция» у мужчин с фиксацией взора (с открытыми глазами) составляет 2022,3 мм, с закрытыми – 2857,3 мм, у женщин с открытыми глазами – 242,6 мм, с закрытыми – 646,4 мм. Средняя площадь эллипса при устойчивости в группе МИ у мужчин с открытыми глазами – 354,3 мм, с закрытыми – 819,83 мм, у женщин с открытыми глазами – 469,16 мм, с закрытыми – 950,16 мм. Проведена корреляция между скоростью ходьбы и боковой симметрией, в группе с ВИЧ-инфекцией у мужчин она составляет -0,0019, у женщин этой же группы - 0,21385. В группе с инсультом в мозжечке корреляционная зависимость между

скоростью ходьбы и боковой симметрией у мужчин $-0,4816$, у женщин этой же группы $-0,68795$.

Выводы. У ВИЧ-инфицированных и пациентов с мозжечковым инсультом выявляется стато-локомоторная и динамическая атаксия, более выраженная при ВИЧ-инфекции. Параметры устойчивости у ВИЧ-инфицированных хуже, чем у пациентов, перенесших инсульт в мозжечке, также, как и параметры ходьбы. Увеличение скорости ходьбы не влияет на параметры неустойчивости.

Сайкина Е.А., 4-курс, Ардашева А.В., 4-курс

УРОВЕНЬ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФЕКЦИОННЫМИ И ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Научный руководитель: к.м.н., доц. Аббасова С.В.

Кировский государственный медицинский университет. Российская Федерация
Кафедра инфекционных болезней

Основной проблемой для пациента является его заболевание, которое своей необратимостью и тяжестью порождает массу психологических реакций. Чаще всего они наблюдаются в рамках невротических нарушений, хотя порой и психотического уровня.

Цель. Изучить психоэмоциональное состояние у лиц с различными заболеваниями.

Задачи. Провести анализ уровня тревоги и депрессии у пациентов с инфекционными и онкологическими заболеваниями по сравнению со здоровыми людьми; оценить зависимость показателей тревожности и депрессии от пола и возраста в различных группах обследованных.

Материалы и методы. Проведена оценка эмоциональной сферы у 30 пациентов с инфекционными заболеваниями, которые проходили стационарное лечение в КОГБУЗ «Инфекционная клиническая больница» и у 30 больных, которые наблюдались амбулаторно у онколога на базе КОГБУЗ «Кировская городская больница №9, поликлиника №1». Для оценки психологического состояния пациентов использовали Госпитальную шкалу тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS). Шкала составлена из 14 утверждений и включает две части: тревога и депрессия. Сумма от 0-7 баллов соответствует норме (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии); сумма 8-10 баллов говорит о субклинически выраженной тревоге/депрессии, результат в 11 баллов и выше свидетельствует о клинически выраженной тревоге/депрессии.

Результаты. В группе пациентов с онкопатологией показатели тревоги были значительно выше, чем в группе инфекционных больных и в группе контроля ($10,5 \pm 0,69$, $8,46 \pm 0,49$ и $7,36 \pm 0,65$ баллов соответственно, $p < 0,01$). Только у 20% онкобольных уровень тревоги был в пределах нормы, у 33% - тревога была на субклиническом уровне, у 47% - отмечалась клинически выраженная тревога. В группе больных с инфекционной патологией в 30%

случаев тревожность соответствовала норме, в 43% - субклиническому уровню, в 27% - клинически выраженному. В группе контроля уровень тревоги у большинства обследованных (60%) был в пределах нормы, 23% здоровых лиц имели субклинический уровень тревоги и только 17% - выраженный.

Показатели депрессии также были выше в группе пациентов с онкологическими заболеваниями, чем в группе больных с инфекционной патологией, и составили в среднем $10,03 \pm 0,52$ и $7,30 \pm 0,66$ баллов соответственно, тогда как в контрольной группе - $5,80 \pm 0,45$ ($p < 0,01$).

В группе онкобольных не имели признаков депрессии 10% обследованных, признаки субклинической депрессии обнаружены в 43% случаев, клинически значимой депрессии - в 47%. В группе инфекционных больных выявлено 55% пациентов без признаков депрессии, у 34% - отмечался ее субклинический уровень, у 11% - клинически значимый. В группе контроля 67% здоровых респондентов не показали признаков депрессии, у 30% - выявлена субклиническая депрессия, у 3% - клинически выраженная.

Выявлены более высокие показатели тревожности и депрессии у молодых лиц с онкопатологией: уровень тревоги в группе пациентов до 40 лет составил $11,24 \pm 0,84$ баллов, в группе 40 лет и старше - $9,54 \pm 1,14$ ($p < 0,05$); уровень депрессии в этих группах больных $10,82 \pm 0,59$ и $9,0 \pm 0,86$ баллов соответственно ($p < 0,05$). У женщин с онкологическими заболеваниями отмечался более высокий уровень тревоги и депрессии, чем у мужчин (тревожность - $11,41 \pm 0,77$ и $9,31 \pm 1,19$ баллов, депрессия - $10,59 \pm 0,61$ и $9,31 \pm 0,89$ баллов соответственно ($p < 0,05$ в обоих случаях).

Анализ уровней тревоги и депрессии в различном возрасте в группе здоровых показал, что у лиц 40 лет и старше тревожность и депрессия были выше, чем у более молодых респондентов, межполовые отличия показателей были статистически незначимыми.

В группе опрошенных с инфекционной патологией отличия уровней тревоги и депрессии в зависимости от возраста и пола были статистически не достоверными, однако, у пациентов с острыми инфекциями отмечался более высокий уровень тревожности по сравнению с больными с хронической инфекционной патологией ($9,41 \pm 0,57$ и $6,52 \pm 1,19$ баллов соответственно ($p < 0,01$)).

Выводы. Наличие онкологических и инфекционных заболеваний является фактором, вызывающим возникновение расстройств тревожно-депрессивного характера, которые, в свою очередь, усугубляют течение основного заболевания. Для эффективной терапии и реабилитации таких групп больных необходимо своевременно выявлять и корректировать негативные изменения психоэмоциональной сферы.

Хань А.В., 5-курс, Антипова А.В., 5-курс, Волкова В.И., 5-курс, Жильцова А.В.,
5-курс, Козлова М.Л., 5-курс

КОРРЕЛЯЦИЯ АЛЕКСИТИМИИ С УРОВНЯМИ ТРЕВОГИ И НЕВРОТИЗАЦИИ У СТУДЕНТОВ 1 И 5 КУРСОВ ОРГМУ

Научный руководитель: асс. Харина Е.А.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская
Федерация

Кафедра психиатрии, медицинской психологии

Алекситимия – особенность психологии личности, характеризующаяся субклинической неспособностью идентифицировать и описывать собственные эмоции. Основными характеристиками алекситимии являются дисфункция в эмоциональном сознании, формировании социальной привязанности и межличностных отношений. Алекситимия встречается примерно у 10% населения и может ассоциироваться с различными психопатологиями, например, с депрессивными расстройствами (43,5% случаев).

Цель. Выявить наличие или отсутствие взаимосвязи между алекситимией как психологической характеристикой личности и уровнями тревоги и невротизации у студентов 1 и 5 курсов ОрГМУ.

Материал и методы. Для проведения исследования были выбраны 2 группы респондентов, каждая из которых состояла из 30 студентов ОрГМУ женского пола и 30 студентов мужского пола, обучающихся на 1 и 5 курсах. Для качественной оценки алекситимии, тревоги и невротизации использовались шкалы, многократно доказавшие валидность своей факторной структуры и получаемых результатов: Торонтская алекситимическая шкала (TAS), Шкала тревоги Бека (BAI), Уровень невротизации (УН).

Результаты. Распространённость алекситимии составила 20% у студентов мужского пола и 35% у студентов женского пола, обучающихся на 1 курсе. Среди студентов 5 курса распространённость составляет 10% и 25% соответственно. Средний уровень тревоги наблюдается у 55% студентов 1 курса с алекситимией, у 6 % студентов без алекситимии. Среди студентов 5 курса этот показатель составляет 42% и 5% соответственно. Высокий и повышенный уровни невротизации отмечаются у 72% студентов 1 курса с алекситимией, у 6 % студентов без алекситимии. Среди студентов 5 курса этот показатель составляет 42% и 25% соответственно.

Выводы:

1. Алекситимия в структуре личности характеризуется более высокими уровнями тревоги и невротизации по сравнению с её отсутствием.
2. В гендерной структуре алекситимии преобладает женский пол.
3. Повышенный уровень невротизации в сочетании со средней степенью тревоги превалируют у студентов 1 курса, что можно объяснить выходом из состояния психологического комфорта, связанным с поступлением в ВУЗ.

Хань А.В., 5-курс, Антипова А.В., 5-курс, Волкова В.И., 5-курс, Жильцова А.В.,
5-курс, Козлова М.Л., 5-курс

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БИПОЛЯРНЫМ АФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ В СОЧЕТАНИИ С ОРГАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская
Федерация

Кафедра психиатрии, медицинской психологии

Биполярное аффективное расстройство (БАР) – хроническое фазнопротекающее психическое расстройство аффективного спектра, проявляющееся маниакальными, депрессивными и смешанными фазами. Фазы заболевания могут следовать непосредственно друг за другом или через «светлые» промежутки психического здоровья – интермиссии. Однозначно оценить распространённость биполярного расстройства достаточно трудно, но в среднем распространённость БАР составляет около 1% населения мира. Заболевание практически всегда характеризуется социальной дезадаптацией. Вследствие манифестации симптомов в молодом возрасте или в позднем пубертате (до 20 лет) пик заболеваемости приходится на самый трудоспособный возраст. Поэтому качество жизни таких больных, возможность самореализации и особенно социальное и семейное функционирование гораздо хуже, чем у больных с такими хроническими дезадаптирующими заболеваниями как, например, множественный склероз и ревматоидный артрит. Риск завершённого суицида среди пациентов с болезнью выше на 6% в течение 20 лет и составляет 20% на протяжении жизни, в то время как риск самоповреждения (self-harm) оценивается в 30-40%. Также установлена связь между биполярным расстройством и алкоголизмом: риск развития алкоголизма в 6-7 раз выше, чем в общей популяции. При составлении плана лечения биполярного расстройства перед врачом-психиатром встаёт трудная задача: пациенту назначаются сильнодействующие препараты различных фармакологических групп в различных комбинациях, что требует усиленного контроля над возможным лекарственным взаимодействием и развитием побочных эффектов и, соответственно, глубинного понимания аспектов психофармакологии.

Цель. Изучить аспекты фармакотерапии биполярного расстройства у пациентов с органической патологией и алкогольной зависимостью.

Материал и методы. Для проведения исследования были выбраны 2 группы пациентов в возрасте 32-56 лет, находившихся на лечении в 4 мужском психиатрическом отделении ГБУЗ ООКПБ №1 с диагнозом БАР, текущего депрессивного эпизода. Первая группа состояла из 20 пациентов с БАР, возникшим на фоне органической патологии и осложненным алкогольной зависимостью, вторая - из 20 пациентов с БАР без сопутствующей патологии. Пациенты из первой группы получали следующие препараты: антидепрессанты

(флувоксамин – 40%, эсциталопрам - 20%); антипсихотики (кветиапин - 80%, рисперидон - 20%), антиконвульсанты (вальпроевая кислота - 40%), препараты лития (лития карбонат - 20%), в качестве сопутствующей терапии - витамины группы В, пирацетам. Пациенты из второй группы: антидепрессанты (амитриптилин - 40%, кломипрамин - 20%), антипсихотики (зуклопентиксол - 60%, сульпирид - 20%, клозапин - 20%), антиконвульсанты (вальпроевая кислота - 60%), препараты лития (лития карбонат - 40%), препараты других лекарственных групп (тригексифенидил - 80%).

Результаты. В результате лечения в течение одного месяца в обеих группах состояние пациентов улучшилось, продуктивная симптоматика в виде бреда и галлюцинаций была купирована, у пациентов нормализовался фон настроения, восстановились сон и аппетит.

Выводы:

1. Применённые схемы лечения доказали свою эффективность в фармакотерапии БАР.

2. Медикаментозная терапия пациентов с биполярным расстройством, осложнённым органической патологией и алкоголизмом, требует более тщательного выбора препаратов с меньшим количеством побочных эффектов, лучшей переносимостью или дополнительного назначения лекарственных средств для коррекции явлений нейролепсии, как побочного действия отдельных препаратов нейролептического ряда, так как риск развития их у этой группы пациентов выше.

Хань А.В., 5-курс, Антипова А.В., 5-курс, Волкова В.И., 5-курс, Жильцова А.В., 5-курс, Козлова М.Л., 5-курс

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ СПИДОФОБИИ В МЕДИЦИНСКОЙ СРЕДЕ

Научный руководитель: к.м.н., доц. Чалая Е.Б.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская Федерация

Кафедра психиатрии, медицинской психологии

СПИДофобия – это вариант невроза навязчивых состояний, фобически-ипохондрическое расстройство, относящееся к нозофобиям и заключающееся в навязчивом страхе заразиться ВИЧ-инфекцией (фобический компонент) или быть уже заражённым ею (ипохондрический компонент), а также в дискриминации ВИЧ-позитивных людей (стигматизационный компонент). Отдельные симптомы СПИДофобии можно встретить и у психически здоровых людей. СПИДофобия может сопровождать человека даже при отсутствии незащищённых половых актов, фактов переливания крови и так далее. Психотерапия – основное в лечение СПИДофобии. Выявить распространённость СПИДофобии среди населения на данный момент не представляется возможным, так как большинство людей, страдающих данным расстройством, либо не обращаются за медицинской помощью, либо такие случаи обращения за помощью не документируются. Однако актуально

оценить распространённость симптомов СПИДофобии именно в медицинской среде, являющейся связующим звеном между людьми с ВИЧ-положительным статусом и остальным населением.

Цель. Выявить наличие или отсутствие симптомов СПИДофобии в медицинской среде на примере студентов, клинических ординаторов и врачей-терапевтов ОрГМУ.

Материал и методы. Для достижения поставленной цели был выбран опросный метод исследования, вопросы которого были составлены нами самостоятельно, так как на данный момент стандартизированных опросников по данной теме не существует. В опросе приняло участие 330 респондентов, из которых 318 человек (96,4%) студенты 1-6 курсов ОрГМУ, 8 человек (2,4%) клинические ординаторы, 4 человека (1,2%) врачи-терапевты.

Результаты. 81,6% исследуемых знакомы с термином СПИДофобия и способны дать его правильное определение. 64,7 % опрошенных согласны с утверждением, что люди с ВИЧ-инфекцией могут прожить долгую и полноценную жизнь. 69% участников опроса считают, что не нужно изолировать от общества людей с ВИЧ-положительным статусом. 90,1% опрошенных продолжают общение со своим другом/родственником, если он окажется ВИЧ-инфицированным, однако 52,7% респондентов предпочтут разорвать отношения с ВИЧ-положительным партнёром. 97,3% респондентов считают, что избежать заражения ВИЧ-инфекцией возможно, однако 34,3% опрошенных допускают такую возможность для себя, а 27,7% затрудняются оценить персональную возможность ВИЧ-инфицирования. 78,3% респондентов считают, что страх перед ВИЧ-инфекцией рационален и основным способом борьбы с этим страхом является консультация специалистов Оренбургского центра профилактики и борьбы со СПИД.

Выводы:

1. Распространённость симптомов СПИДофобии в медицинской среде относительно низкая.

2. Это объясняется тем, что представители сферы здравоохранения обладают наиболее полными знаниями о способах заражения и механизмах передачи ВИЧ-инфекции.

Юркевич Л.С., 4-курс, Селюкова И.В., 4-курс, Беридзе Р.М., 4-курс

ОСОБЕННОСТИ ПОСТИНСУЛЬТНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Научный руководитель: к.м.н., доц. Усова Н.Н.

Гомельский государственный медицинский университет. Белоруссия

Кафедра неврологии и нейрохирургии с курсами медицинской реабилитации и психиатрии

Мозговой инсульт во всем мире является актуальной медико-социальной проблемой. Это обусловлено, прежде всего, высокой смертностью при данной патологии: согласно данным Всемирной организации здравоохранения, инсульт является третьей по частоте причиной смерти после заболеваний сердца и

новообразований. Актуальность проблемы инсульта в Республике Беларусь обусловлена необходимостью решения задач, поставленных в Национальной программе демографической безопасности. В комплексе мероприятий для увеличения ожидаемой продолжительности жизни населения нашей страны данная программа предусматривает ежегодное снижение смертности от инсульта и других цереброваскулярных болезней [1].

Инсульт и его осложнения являются одной из наиболее важных проблем здравоохранения. Ярким проявлением осложнений является постинсультный болевой синдром (ПИБС), который развивается у 2-8% пациентов, перенесших инсульт [2].

Цель. Изучить этиопатогенез, а также охарактеризовать клинические особенности постинсультных болевых синдромов.

Материалы и методы исследования. Материалом для исследования послужили отечественные и зарубежные данные, включающие в себя информацию об этиологии, патогенезу, клинических особенностях постинсультных болевых синдромов у пациентов.

Результаты исследования и их обсуждение. После инсульта у пациентов нередко развиваются боли различной локализации и этиологии. По современным представлениям эти боли можно условно разделить на три вида болевых синдромов:

1. центральная постинсультная боль;
2. болевой синдром, связанный с поражением суставов паретичных конечностей, - «синдром болевого плеча», постинсультная артропатия;
3. болевой синдром, связанный с болезненным спазмом спастичных мышц паретичных конечностей.

Центральная постинсультная боль (ЦПИБ) является одной из форм центральной боли и развивается в результате нарушения мозгового кровообращения в афферентных структурах головного мозга на любом уровне, но чаще всего в области зрительного бугра. При этом типе боли отмечается полное, частичное либо субклиническое нарушение сенсомоторной чувствительности.

Классическая ЦПИБ описывается как парадоксальное жжение, напоминающее жжение погруженной в ледяную воду руки, и часто принимает форму своеобразной температурной дизестезии, которая сопровождается нарушением температурной чувствительности в зонах локализации боли. По данным разных исследователей, в 27-41% случаев ЦПИБ может носить достаточно тривиальный характер и описываться как стягивающая, ломящая, давящая, ноющая боль в паретичных конечностях. Интенсивность боли может быть как постоянной в течение дня, так и периодической, возникающей или усиливающейся под воздействием провоцирующих факторов. Основными факторами, приводящими к усилению болевого синдрома, могут быть холод, эмоциональный стресс, физическая нагрузка, усталость, изменение погоды.

До сих пор не существует четкой позиции в отношении механизма развития ЦПИБ. Однако после внедрения в диагностическую практику методов

нейровизуализации удалось установить, что ЦПИБ может рассматриваться как генетически детерминированная идиосинкразия, возникающая при повреждении сенсорных структур и связанная с дефицитом определенных тормозных процессов в ЦНС. Для пациентов с ЦПИБ характерны феномены тактильной и акционной аллодинии (восприятие неболевого раздражения как болевого), гиперпатии (включающей в себя гиперестезию и гипералгезию), а также феномены отставленной дистонии. Другим видом постинсультного болевого синдрома являются постинсультные артропатии, возникающие вследствие трофических изменений суставов паретичных конечностей. Это ведет к образованию контрактур, при которых из-за резкой болезненности значительно ограничивается объем пассивных и активных движений, что препятствует восстановлению нарушенных двигательных функций. Наиболее часто встречаются постинсультные артропатии плечевых суставов. По мнению одних авторов, это связано с выходом головки из суставной впадины из-за растяжения суставной сумки, наступающего под действием силы тяжести паретичной конечности. По мнению других авторов, это связано с трофическими изменениями в суставе и напоминает феномен, описанный в литературе под названиями «плечелопаточный периартрит», «синдром замороженного плеча».

Постинсультные артропатии встречаются в среднем у 15-20% пациентов с постинсультными гемипарезами. Выражаются они в припухлости в области суставов, деформации их, болезненности при движении. У части пациентов одновременно развиваются атрофии мышц паретичных конечностей. Формирование постинсультных артропатий центрального генеза наступает в среднем через 1-3 месяца после инсульта [3]. Наконец, еще одним видом болевого синдрома, наблюдающегося в постинсультном периоде, являются болезненные мышечные спазмы, возникающие у значительной части больных с постинсультными парезами в первые месяцы после инсульта и связанные с прогрессирующим нарастанием мышечной спастичности. В течение первого года после инсульта частота встречаемости спастичности составляет от 17 до 43%. Как правило, спастичность сопровождает развитие пареза в соответствующих мышцах, однако строгой взаимосвязи между выраженностью указанных симптомов нет, что делает необходимым отдельно оценивать степень пареза и спастичности, а также их вклад в развитие двигательных нарушений.

Классическим клиническим вариантом спастического пареза после инсульта является гемипарез с формированием позы Вернике-Манна: плечо приведено к туловищу, предплечье согнуто, кисть пронирована и согнута, бедро и голень разогнуты, стопа – в положении подошвенного сгибания. Из-за «удлинения» ноги пациент вынужден при ходьбе заносить ее через сторону, описывая полукруг. Однако в ряде случаев наблюдаются другие варианты распределения повышенного мышечного тонуса, например, гиперпронация предплечья с разгибанием пальцев, причудливые установки кисти и пальцев,

повышение тонуса в мышцах-сгибателях ноги, гиперсупинация предплечья и разгибателей кисти [4].

Выводы. В ходе исследования выявлено, что постинсультный болевой синдром состоит из трех компонентов: центральная постинсультная боль, постинсультные артропатии и болезненные мышечные спазмы. В основе развития данных компонентов, объединенных общим названием ПИБС, лежат не только трофические и циркуляторные нарушения, но и генетически детерминированные механизмы. Данный синдром значительно ухудшает качество жизни пациента, что требует незамедлительной терапии.

Список литературы

7. Кулеш, С.Д. Мозговой инсульт: комплексный анализ региональных эпидемиологических данных и современные подходы к снижению заболеваемости, инвалидности и смертности: монография / С.Д. Кулеш. – Гродно: ГрГМУ, 2012. – 204 с.
8. Ситнова, М. А. Центральная постинсультная боль / М.А. Ситнова, М.В. Кормачев, Р.Г. Есин // Практическая медицина, 2012. – №2 (57). – С. 36 – 38.
9. Сашина, М.Б. Постинсультные болевые синдромы / М.Б. Сашина, А.С. Кадыков, Л.А. Черникова // Атмосфера. Нервные болезни, 2004. – №3. – С.25 – 27.
10. Зиновьева, О.Е. Вопросы патогенеза и лечения постинсультной спастичности / О.Е. Зиновьева, В.А. Головачева // Медицинский совет, 2016. – №8. – С. 63 – 67.

9-СЕКЦИЯ. ВОПРОСЫ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

Алексамян Т.В., 5-курс, Камалова М.М., 5-курс, Давыдова Ю.Д., кл.орд.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БЕРЕМЕННОЙ С МИТРАЛЬНО-АОРТАЛЬНЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА

Научный руководитель: к.м.н., доц. Демина Л.М.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская Федерация

Кафедра акушерства и гинекологии

В структуре экстрагенитальной патологии, пороки сердца занимают 3 место, при этом материнская смертность достигает 6%.

Цель. Изучить особенности лечения беременной К. с комбинированным митрально-аортальный пороком сердца.

Задачи. Уточнить показания для хирургического лечения беременной с пороком сердца и метод родоразрешения.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ истории с результатами обследования и лечения пациентки К. кардиохирургического отделения.

Результаты. Пациентка К., 30 лет предъявляла жалобы на одышку в покое, слабость, утомляемость, кашель со скудной трудноотделяемой мокротой. Проведено клиничко-инструментальное обследование: ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 62 в мин., нарушения реполяризации передне-перегородочно-верхушечно-боковой стенки ЛЖ. ЭХО-КС: регионарная сократимость не нарушена, митрально-аортальный порок, умеренный стеноз устья аорты, недостаточность АК Шст., критический стеноз левого атриовентрикулярного отверстия, недостаточность МК Шст., недостаточность трикуспидального отверстия Пст., ЛП-4.8, ПЖ-3.0, ПП-3.6x4.6, КДР-5.3, КДО-135, ФВ-74%, давление в легочной артерии-50. Тяжесть состояния пациентки была обусловлена сердечной недостаточностью IIА стадии с приступами ОЛЖН, ФК III вследствие патологии клапанного аппарата сердца: комбинированный митрально-аортальный порок сердца: критический стеноз левого атриовентрикулярного отверстия; митральная недостаточность Шст.; умеренный стеноз устья аорты; недостаточность аортального клапана Шст.; трикуспидальная недостаточность Пст.; с наличием вегетаций на створках митрального и аортального клапана. Коллективно с участием кардиохирурга для решения вопроса о дальнейшей тактике ведения беременности и родов, было решено проведение симультантных операций: одномоментно досрочное родоразрешение кесаревым сечением и протезирование митрального и аортального клапанов сердца в условиях искусственного кровообращения.

Выводы. Тяжесть сердечно-сосудистой патологии препятствует физиологическому прогрессированию беременности и представляет угрозу для жизни матери и плода, поэтому вопрос о тактике родоразрешения и сроках коррекции экстрагенитальной патологии является актуальным.

Аметова Э.И., 4-курс, Шкунова С.С., 4-курс

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ

Научные руководители: к.м.н., доц. Сердюк С.В., к.м.н., доц. Щетинина Ю.С.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская
Федерация

Кафедра акушерства и гинекологии

Кафедра фармакологии

Планирование семьи (ПС) - это решение супружеских пар или отдельных лиц иметь необходимое число детей в соответствующее время посредством использования методов контрацепции с целью нежелательной беременности. Неадекватность ПС в развивающихся странах в значительной степени способствует нищете и ухудшению здоровья. Медики всего мира стараются создать средства контрацепции максимально удобными для женщин, безопасными, комфортными в использовании. Поэтому в аптеках время от времени появляются новые, незнакомые противозачаточные средства; как пользоваться ими – не очень понятно. Рассмотрим некоторые варианты. НоваРинг[®] -это гормональное комбинированное контрацептивное средство, содержащее этногестрел и этинилэстрадиол. Этногестрел является прогестагеном (производным 19-нортестостерона), который с высоким сродством связывается с рецепторами прогестерона в органах-мишенях. Этинилэстрадиол является эстрогеном и широко применяется для производства контрацептивных средств. Контрацептивный эффект препарата НоваРинг[®] обусловлен комбинацией различных факторов, наиболее важным из которых является подавление овуляции. Кольцо вводят 1 раз в 4 недели во влагалище, где оно находится 21 день, а затем удаляется. Новое кольцо вводят после перерыва в 7 дней. На 2-3-й день после удаления кольца начинается кровотечение, которое связано с прекращением действия препарата.

Если в предыдущем менструальном цикле не применялись гормональные контрацептивы, противозачаточное кольцо НоваРинг[®] вводят в первый день менструации. Возможна установка до 5 дня цикла, однако в таком случае первую неделю применения препарата рекомендовано использовать презерватив. НоваРинг[®] может увеличить риск образования тромбов и инсульта, в первую очередь у курящих женщин. НоваРинг[®] является 91 до 99% эффективным при соблюдении инструкции по применению [2].

Мирена[®], Kyleena и Skyla являются внутриматочными спиралями (ВМС), которые непрерывно выпускают прогестин под названием левоноргестрел. Kyleena и Skyla - меньшие устройства и выпускают более низкие уровни гормонов, чем Мирена[®]. Kyleena и Мирена[®] может оставаться на месте до пяти лет и Skyla до трех лет. Основным побочным эффектом этих ВМС является нерегулярное кровотечение [1].

Препарат Мирена[®] вводится в полость матки и остается эффективным в течение 5 лет. Скорость высвобождения левоноргестрела *in vivo* в начале

составляет примерно 20 мкг/сут., и снижается через 5 лет приблизительно до 10 мкг/сут. Средняя скорость высвобождения левоноргестрела - примерно 14 мкг/сут на протяжении до 5 лет. Препарат Мирена® можно применять у женщин, получающих пероральные или трансдермальные препараты для ЗГТ, содержащие только эстроген. При правильной установке препарата Мирена®, проведенной в соответствии с инструкцией по медицинскому применению, индекс Перля (показатель, отражающий число беременностей у 100 женщин, применяющих контрацептив в течение года) составляет приблизительно 0,2% в течение 1 года. Кумулятивный показатель, отражающий число беременностей у 100 женщин, применяющих контрацептив в течение 5 лет, составляет 0,7% [2].

Медные внутриматочные спирали это гормон свободный, долгосрочный реверсивный вариант, который также предотвращает оплодотворение. Его можно использовать до 10 лет, но если нет тяжелого кровотечения. Принцип действия спирали сходно с принципом действия гормональной спирали, но все же есть отличия. Вместо того, чтобы выпускать гормон прогестоген, ВМС выпускает медь. Медь меняет состав жидкостей в матке и маточных трубах, останавливая сперматозоидов. ВМС также может предотвратить имплантирование уже оплодотворенной яйцеклетки [2]. Есть разные типы и размеры ВМС. Их устанавливает только врач на срок от 5 до 10 лет, в зависимости от выбранного типа средства. Спираль может устанавливаться в любое время ежемесячного менструального цикла, до тех пор, пока вы определенно не беременны. В идеале, ее нужно установить в течение семи дней после начала менструации, потому что это сразу же защитит вас от беременности.

Весь процесс установки занимает около 15-20 минут:

- влагалище удерживается открытым, как во время проведения цервикального мазка
- ВМС вставляют через шейку и в полость матки

Процесс привыкания может быть неудобным или болезненным для некоторых женщин, а также отмечаться судорогами впоследствии.

Необходима консультация врача, если после установки ВМС:

- появилась боль в нижней части живота
- высокая температура
- обильные выделения с неприятным запахом

Это может означать, что в организме есть инфекция[3].

Использование современных методов контрацепции является ключевой стратегией профилактики нежелательной беременности и ее осложнений у женщин. Однако в исследуемой области имеются ограниченные данные об использовании современных методов контрацепции.

Список литературы

1. Department of Health and Human Services, Office on Women's Health. (2012). Birth control methods fact sheet. Retrieved September 8, 2016
2. Planned Parenthood Federation of America, Inc. (2014). Birth control. Retrieved February 23, 2016

3. Williams, D. D. (2015). IUD, implant contraception effective beyond FDA-approved use. Retrieved June 20, 2016

Аметова Э.И., 4-курс

ВЛИЯНИЕ КАДМИЯ НА РАЗВИТИЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Научные руководители: к.м.н., доц. Кряжев Д.А., к.м.н., доц. Щетинина Ю.С.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская

Федерация

Кафедра общей и коммунальной гигиены

Кафедра акушерства и гинекологии

За последние полвека заболеваемость раком молочной железы увеличилась во всем мире. В зарождении и прогрессировании этого заболевания участвовали различные факторы-генетические и экологические. Одним из потенциальных факторов экологического риска, которому не уделяется большого внимания, является воздействие тяжелых металлов.

Хроническое воздействие различных тяжелых металлов почти неизбежно в повседневной жизни, например, от частиц воздуха, почвы, воды и впоследствии продуктов питания. В последнее время промышленные применения, лекарственные препараты, пищевые добавки, производство полупроводников, горнодобывающая промышленность, плавка, переработка металлических руд, цементные заводы, гальванические установки, бензиновые и дизельные транспортные средства и частицы, возникающие в результате износа шин, приводят к выпуску различных тяжелых металлов в окружающую среду.

Цель. Определить связь между уровнем загрязнения атмосферного воздуха кадмием и заболеваемостью злокачественными новообразованиями молочной железы на территории Оренбургской области.

Материалы и методы. Анализ заболеваемости злокачественными новообразованиями населения проведен на основании отчетных форм №7 "Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями" и №35 "Сведения о больных со злокачественными новообразованиями" за 2003-2015гг. Предметом исследования явились данные лабораторных исследований питьевой воды и атмосферного воздуха по уровню загрязнения кадмием за 2005-2013гг.

Анализ данных осуществлялся при помощи пакета программ в среде EXCEL-2010 [1].

Результаты. Получены следующие данные, анализ структуры онкологической заболеваемости в Оренбургской области по средним показателям за 12 лет установил, что максимальная доля приходится на ЗНО молочной железы (18%), рак кожи и меланому (15%) в общей структуре. Третье место в общей структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями занимает рак легкого 12%.

Всего было изучено 41 муниципальное образование: при этом обособлено 7 городов, остальные являются либо сельскими территориями, либо городами, объединенными с районами. Самый высокий показатель онкологической заболеваемости наблюдается в Шарлыкском (477,2 на 100 тыс. населения), Новосергиевском (468,5 на 100 тыс. населения) районах и г. Медногорск (431,6 на 100 тыс. населения). Низкая встречаемость рака в Абдулинском (248,4), Адамовском (263,6 на 100 тыс. населения) и Домбаровском (274,4 на 100 тыс. населения) районах. Анализ загрязнения атмосферного воздуха кадмием показал, что уровень загрязнения на различных территориях Оренбургской области имеет большой диапазон: от $8,9 \cdot 10^{-7}$ мг/л до $2,7 \cdot 10^{-4}$ мг/л. При этом стоит отметить, что средний уровень загрязнения атмосферного воздуха кадмием составил $1,9 \cdot 10^{-5}$ мг/л. Самыми загрязненными территориями оказались Гайский, Сорочинский, Переволоцкий, Илекский районы. Самыми «чистыми от кадмия территориями» оказались Домбаровский, Светлинский, Ясненский районы. При анализе питьевой воды, установлено, что среднеобластное значение уровня кадмия в питьевой воде составляет 0,21 ПДК, самыми загрязненными районами являются Октябрьский, Илекский, Первомайский, Красногвардейский районы, где загрязнение составляет более 0,5 ПДК. Проведенный корреляционный анализ показал, заболеваемость раком груди имеет прямую статистически значимую связь слабой силы с концентрацией кадмия как в атмосферном воздухе (Спирмена $R=0,2$), так и в питьевой воде (Спирмена $R=0,1$). Проведенный корреляционный анализ подтверждает ранее проведенные исследования другими авторами.

Уровень загрязнения атмосферного воздуха и питьевой воды кадмием может выступать в качестве индикаторного критерия по определению территории риска по заболеваемости раком молочной железы.

Выводы. Проведенное исследование, позволило выявить территории риска по заболеваемости раком молочной железы на территории Оренбургской области. Проведенный корреляционный анализ установил достоверную связь заболеваемости раком с уровнем контаминации кадмия в окружающей среде. Полученные данные свидетельствуют о необходимости разработки плана профилактических мероприятий по снижению и предупреждению онкологической заболеваемости, с учетом других факторов риска, и, в особенности, кадмия.

Список литературы

1. Боев, В.М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями прямой кишки, ректосигмоидного соединения и ободочной кишки и гигиеническая оценка канцерогенных химических веществ, поступающих пероральным путем / Боев В.М., Борщук Е.Л., Кряжев Д.А., Савина Е.К. //Здоровье населения и среда обитания. 2017 - № 6 (291) - С. 13-17.

Ан К.И., 4-курс, Сайфутдинов Ф.Р., 4-курс

ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ПРОВЕДЕНИЯ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ РОБСОНА

Научные руководители: асс. Воронцова Н.А., к.м.н., асс. Сенникова Ж.В.
Оренбургский государственный медицинский университет. Российская
Федерация

Кафедра акушерства и гинекологии

Рост частоты проведения операции кесарева сечения (КС) является одной из актуальных проблем современного акушерства. Чрезмерный рост частоты КС вызывает беспокойство во всем мире. Использование одного усредненного показателя для оценки частоты КС недостаточно в связи с различными показаниями к операции и неоднородным распределением пациентов между различными лечебными учреждениями. Для получения более объективного представления об эффективности сформировавшихся практик и выявления резерва для улучшения качества акушерской помощи в 2015 году ВОЗ рекомендовала проводить анализ частоты КС с использованием метода, предложенного Робсоном. Это простой в выполнении метод, который заключается в разделении всех случаев родов на 10 групп и подсчета частоты КС в каждой группе отдельно.

Цель. Провести оценку применения КС в Областном перинатальном центре ГАУЗ "Оренбургская областная клиническая больница №2".

Материалы и методы. Ретроспективный анализ историй родов в Областном перинатальном центре за январь-февраль 2019 г.

Результаты. Из 959 родов 348 были проведены КС, что составило 36,3%. ВОЗ же называет рекомендованными цифрами 10-15% от всех родов в стране. Абсолютным лидером в процентном соотношении КС к родам внутри группы являлась 9-я. Конечно, для роддомов в РФ достижения 100% проведения КС в 9 группе не является проблемой - при неправильном положении плода кесарево сечение должно быть доступно всегда. Важно учитывать, что из 36,3% кесаревых сечений только 0,2% обусловлены беременными этой группы. Высокая частота КС в группах №№6,8,9 оправдана современными акушерскими подходами. Основной вклад в структуру кесарева сечения вносят повторнородящие женщины с рубцом на матке (группа №5) – 85% внутри группы и 5,5% от всех родов. Основным резервом для сокращения случаев оперативных родов являются группы №№ 1,3,4. Внутри них процент составил 33, 21 и 57% соответственно.

Выводы. Соотнеся частоту КС согласно рекомендациям ВОЗ и в перинатальном центре, мы смогли выделить расхождения и их причины. Помимо этого нам удалось определить основные резервы для снижения частоты КС. Прийти к этому можно будет, улучшив методы индукции родов и пересмотрев показания к плановому КС. Кроме того, анализ показаний к плановому КС и предоставление возможности самостоятельного

родоразрешения с рубцом на матке также могут являться важными способами достижения снижения частоты проведения КС.

Белашов Н.В., 4-курс, Котлубаева Э.Ю., 4-курс

РУБЕЦ НА МАТКЕ - НЕ ПОВОД ДЛЯ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Научные руководители: асс. Воронцова Н.А., асс., к.м.н. Сенникова Ж.В.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская
Федерация

Кафедра акушерства и гинекологии

Высокий процент планового оперативного родоразрешения даже в ведущих клиниках мира ставит вопрос о возможности родов через естественные родовые пути при последующем родоразрешении у женщин с рубцом на матке (РМ) после операции кесарева сечения. Рубец на матке не должен ограничивать желания женщины стать матерью во второй и последующие разы.

Цель исследования. Оценить возможность самостоятельных родов (СР) у женщин, имевших хирургическую травму матки в анамнезе. Рассмотреть критерии отбора женщин с РМ для планирования СР. Проанализировать исходы родов у женщин с РМ.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ историй родов. В 2018 году в Оренбургском областном перинатальном центре самостоятельно родила 91 женщина с РМ после кесарева сечения, что составило 14% от общего числа родильниц с РМ. Среди них: сельских – 56,0%, городских – 44,0%. Возраст родильниц составил: 20 лет – 2,2%, 21-30 лет – 47,2%, 31-40 лет – 48,4%, ≥ 41 года – 2,2%. У 54,9% женщин были 2 роды, 3 – 37,4%, 4 – 5,5%, 5 – 2,2%. Сроки гестации: < 37 – 13,2%; ≥ 37 – 85,7%; > 42 – 1,1%. Экстрагенитальные заболевания не являющиеся показанием для оперативного родоразрешения, были у 63 (69,2%) беременных, которые распределились по системам следующим образом: сердечно-сосудистая – 61,5%; репродуктивная – 30%; эндокринная – 22%; иммунная – 16%; дыхательная – 7%; мочевыделительная – 5%; пищеварительная – 2%.

Результаты. Критериями отбора женщин с рубцом на матке для планирования СР явились:

- одно кесарево сечение в анамнезе с поперечным разрезом на матке в нижнем сегменте и полноценность оставшегося рубца;
- отсутствие акушерских показаний, послуживших показаниями к первой операции;
- экстрагенитальная патология;
- локализация плаценты вне рубца на матке;
- головное предлежание плода;
- соответствие размеров таза матери и головки плода.

При ведении родов через естественные родовые пути проводилась психопрофилактическая подготовка к родам в 91,2%, в 8,8% -лечебно-

эпидуральная анестезия. Крупный плод был у – 4,4%; оценка по шкале Апгар: $\geq 7-10$ у 91,2%; 7-4 у 4,4%; < 4 - 2,2%. У 4,4% была проведена вакуум-экстракция по поводу дистресса плода. Дефект последа был у 7,7% родильниц. Ручное обследование было проведено у 45% женщин с целью оценки состоятельности рубца на матке, в 55% УЗИ для контроля целостности рубца на матке.

Выводы. Ведение СР у женщин с РМ всегда сопровождается риском со стороны акушера-гинеколога и роженицы, который должен быть разумным. Тщательный отбор пациентов с учетом представленных критериев позволяет снижать частоту повторного кесарева сечения, но СР у женщин с РМ должны проходить тщательное клиническое и обязательное непрерывное кардиомониторное наблюдение в родах при наличии условий для экстренного родоразрешения путем кесарева сечения.

Беляева А.И., 4-курс, Панина К.А., 5-курс

ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

Научный руководитель: асс. Махалова Г.О.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская Федерация

Кафедра акушерства и гинекологии

На данный момент венозные тромбоэмболические осложнения являются лидирующей причиной материнской смертности. Исходя из ряда проведённых исследований, выявлено, что частота тромбозов у матерей составляет 3-6 случаев на 1000 родов, а смертность – 3 случая на 100 тысяч. В России летальность составляет 2,0-3,5 на 10 тысяч родов [1].

При беременности риск развития венозных тромбоэмболических осложнений в 5-10 раз выше, чем у небеременных женщин той же возрастной категории, он повышается с началом беременности и увеличивается в послеродовом периоде. Это связано с тем, что компоненты триады Вирхова присутствуют даже при неосложнённом течении беременности и родах [2]. Так, происходит изменение венозного кровообращения в сосудах нижних конечностей, в то время как скорость кровотока снижается более чем на 50% к седьмому месяцу беременности и становится минимальной к 36 неделе. Наличие врождённых тромбофилических дефектов системы гемостаза, таких как дефицит антитромбина, протеина С и протеина S, генетический полиморфизм фактора V Лейдена, протромбина, а также полиморфизм генов тромбоцитарных рецепторов значительно повышают риск развития тромбоэмболических осложнений у их носителей [3].

Цель. Выделить группы риска по развитию тромбоэмболических осложнений при беременности, в этих группах определить тактику медикаментозной и хирургической профилактики тромбоэмболических осложнений при беременности и в послеродовом периоде.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ 70 случаев возникновения венозных тромбозов, связанных с беременностью: 50 случаев различных тромботических осложнений при беременности и 20 в послеродовом периоде.

Контрольная группа представлена 100 пациентами с физиологически протекающей беременностью и не отягощенным тромботическим анамнезом.

В обеих группах выяснялось наличие или отсутствие личного и семейного тромботического анамнеза (инсульты, инфаркты, тромбозы, ТЭЛА у кровных родственников) как дополнительных факторов риска развития тромбозов при беременности.

Верификация диагноза венозного тромбоза у пациенток основной группы производилась с учётом клинико-лабораторных показателей системы гемостаза, а также с использованием дуплексного ультразвукового ангиосканирования с цветным доплеровским картированием. С его помощью также оценивался процесс формирования, нарастания, лизиса и организации тромба, обтурации или реканализации сосудистого русла. Для лечения венозных тромбоэмболических осложнений применялась антиагрегационная противотромботическая терапия. Антиагрегационная терапия проводилась назначением курантила и/или тромбо-асса. В качестве антикоагуляционной терапии препаратом выбора являлся фраксипарин, клексан. При выявлении у пациенток основной группы высокого риска развития ТЭЛА проводился комплекс профилактических мероприятий по предотвращению тромбоэмболических осложнений, включая хирургические методы (каваклипирование нижней полой вены (НПВ)) [4].

Результаты и обсуждение. В основной группе тромбозы в системе нижней полой вены составили 94,5% случаев, в то время как в системе верхней полой вены только 5,5%.

Тромбозы, возникшие в I триместре беременности, составили 31% всех случаев, во II триместре 29% и в III триместре – 40% соответственно, что обусловлено повышенным риском тромботических осложнений с I триместра беременности, при максимальном его значении к третьему триместру.

При проведении сравнения частоты сочетания тромбофилитических полиморфизмов в исследуемых группах установлено, что у женщин основной группы частота сочетаний различных тромбофилитических полиморфизмов значительно превышает таковую в контрольной группе.

Исходя из проведённого исследования Rabinger I., выявлено, что более, чем в 70% случаев беременность ассоциирована с временным повышением риска рецидива тромбоэмболических осложнений, без учёта генетической тромбофилии. Так, семейный анамнез при проведении данного исследования был отягощён у 72% всех пациенток, личный анамнез – у 14%. С учётом вышеперечисленного, беременным с наследственной тромбофилией рекомендуется динамический контроль за уровнем свёртывания крови один раз в 2-3 недели и чаще. Профилактика тромбоэмболических осложнений подразумевает первичную профилактику непосредственно в период

беременности и вторичную профилактику ТЭЛА. Это является относительно редким, но крайне опасным осложнением с высоким процентом фатальности. Венозный тромбоз любой локализации может осложниться ТЭЛА, но наиболее опасной локализацией является бассейн нижней полой вены (НПВ). При тромбозе подвздошно-бедренного сегмента риск ТЭЛА составляет 50%, при тромбозе вен голени – всего 2%.

Способы хирургической профилактики ТЭЛА условно делятся на интравенозную группу – установка кавафильтров, и экстравенозную группу, включающую в себя наружное венозное каваклипирование. Ещё одним надёжным методом профилактики тромбоэмболии лёгочной артерии является клипирование – наложение клемм на участки нижней полой вены. Кроме того, имеется положительный эффект данного метода при беременности с целью профилактики тромбоэмболических осложнений. Показанием для хирургической профилактики в таких случаях обычно служит наличие флотирующих тромбов, диагностированных с помощью ультразвукового дуплексного сканирования с ЦДК. При проведении данного исследования пациенткам, помимо хирургической профилактики, проводилась медикаментозная терапия – все пациентки получали антикоагулянты (гепарин), антиагреганты (тромбо-асс) и венотоники (детралекс). В результате проведённой терапии у всех исследуемых в послеоперационном периоде не было отмечено каких-либо осложнений (эпизоды ТЭЛА, ухудшение венозного возврата из системы НПВ, гематом в зоне операции). При адекватной консервативной терапии на 10 день лечения было выявлено значительное снижение интенсивности отёка нижней конечности и по данным повторного УЗДС – признаки быстрой реканализации тромбов.

Преимуществами экстравенозной профилактики ТЭЛА являются отсутствие опасности смещения препятствия эмболом, рецидивов эмболии, простота осуществления.

Выводы. С целью своевременной профилактики тромбоэмболических осложнений женщинам с высоким процентом риска скрининг на наличие тромбофилии должен проводиться ещё на этапах планирования беременности. К группам высокого риска относятся женщины, имеющие тромбоэмболические осложнения в личном и семейном анамнезе; при наличии сопутствующих экстрагенитальных патологий сердечно-сосудистой системы; беременные старшей возрастной группы. Женщинам группы высокого риска следует проводить динамический контроль показателей гемостаза один раз в 2-3 недели и чаще. При выявлении на коагулограмме отклонений – проводится антиагрегантная, антикоагулянтная, поливитаминовая терапия. При необходимости хирургической профилактики ТЭЛА, применяется каваклипирование системы НПВ как наиболее надёжного метода профилактики тромбоэмболических осложнений при беременности и в послеродовом периоде.

Список литературы

1. Гордеев Н.А. Хирургическая профилактика тромбозов легочной артерии при подвздошно-бедренных флеботромбозах: дис. ... д-ра мед.наук. – СПб., 1997. – 254с.;
2. Макацария А.Д., Бицадзе В.О. Тромбозы и тромбозы в акушерско-гинекологической клинике: молекулярно-генетические механизмы и стратегия профилактики тромботических осложнений: руководство для врачей. – М.:МИА, 2007. – 1064с.;
3. Anderson F.A. Jr., Spencer F.A. Risk factors for venous thromboembolism // Circulation. – 2003. – Vol.107, N23, suppl.1. – P.16-19;
4. Bauersachs R.M. Treatment of venous thromboembolism during pregnancy // Thrombosis Reseach. – 2009. – Vol.123, suppl.2. – P.45-50.

Гусева Е.А., 5-курс, Рафикова В.В., 5-курс

ИНФОРМАТИВНОСТЬ НЕИНВАЗИВНЫХ КЛИНИКО- ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Научные руководители: к.м.н., асс. Никифорова С.А., к.м.н., асс. Жежа С.В.
Оренбургский государственный медицинский университет. Российская
Федерация

Кафедра акушерства и гинекологии

С каждым годом уровень гинекологических заболеваний среди женщин репродуктивного возраста растёт. За последнее десятилетие удельный вес гиперпластических процессов увеличился на 70%, женского бесплодия - на 24%, полипозных образований - на 10%. Этот прирост имеет большое медико-социальное значение, так как влияет на общее состояние здоровья пациенток, приводя к снижению трудоспособности, бесплодию и ухудшению качества жизни. Для снижения цифр заболеваемости необходим комплексный подход к совершенствованию организации, а также повышению эффективности клинико-инструментальной диагностики и качества медицинской помощи.

Цель. Оценить информативность неинвазивных клинико-инструментальных методов исследования при патологии эндометрия у женщин репродуктивного возраста; проследить частоту расхождения клинических и гистологических диагнозов; проанализировать, какая нозология преобладает в патологии эндометрия; проследить тенденцию возникновения той или иной нозологии в зависимости от возраста пациенток.

Материалы и методы. Проанализированы 145 медицинских карт стационарного больного (ф.003/у) в репродуктивном возрасте - диапазон от 15 до 49 лет за 2017 год в ГКБ №2 г.Оренбург. Статистический анализ выполнен в программе Microsoft Office Excel 2007.

Результаты. Анализу подверглись медицинские карты со следующими нозологиями: миома матки; полипы эндометрия, цервикального канала, шейки

матки; гиперпластические процессы эндометрия; аномальное маточное кровотечение и бесплодие, вызванные патологией эндометрия.

В ходе работы было выяснено, что патология полипы эндометрия, цервикального канала, шейки матки встретилась у 37 пациенток из 145 исследуемых, что составило 25,5% от всех нозологий. Превалирующий возраст женщин с патологией полипозных разрастаний разных локализаций – 35-39 лет, что составило 27%, 30-34 года, что составило 21,6% в возрастном аспекте. При расчете статистического показателя «Частота расхождения клинических и гистологических диагнозов, в процентах» было выяснено, что в 21,6% при гистологическом исследовании был выявлен другой диагноз.

Патология миома матки встретилась у 23 пациенток из 145, что составило 15,7% от всех нозологий. Превалирующий возраст женщин с патологией миомы матки – 45-49 лет, что составило 43,5% в возрастном аспекте. Статистический показатель «Частота расхождения клинических и гистологических диагнозов, в процентах» при данной патологии рассчитать невозможно, т. к. гистологическое исследование неинформативно.

Гиперпластические процессы эндометрия при исследовании медицинских карт встретились у 32 пациенток из 145 исследуемых, что составило 22,1% от всех нозологий. Превалирующий возраст женщин с гиперпластическими процессами – 40-44 года, что составило 34,4%, 45-49 лет, что составило 31,3% в возрастном аспекте. При расчете статистического показателя «Частота расхождения клинических и гистологических диагнозов, в процентах» было выяснено, что в 12,5% при гистологическом исследовании диагноз не был подтвержден. С диагнозом бесплодие было 29 пациенток из 145 исследуемых, что составило 20% от всех нозологий. Превалирующий возраст женщин с данной патологией 25-29 лет, что составило 31%, 30-39 лет, 27,6% в возрастном аспекте. Статистический показатель «Частота расхождения клинических и гистологических диагнозов, в процентах» составил 34,5%. Следует отметить, что этот показатель неточно отображает ситуацию, т.к. при гистологическом исследовании в 10 случаях из 29 не было выявлено патологии эндометрия, но то не исключает других причин диагноза бесплодие. Диагноз аномальное маточное кровотечение, связанное с патологией эндометрия, был установлен при клиническом обследовании у 24 пациенток из 145, что составило 16,6% от всех нозологий. Превалирующий возраст женщин с данной патологией 40-44 года, что составило 37,5% в возрастном аспекте. Статистический показатель «Частота расхождения клинических и гистологических диагнозов, в процентах» составил 8,3%. Следует отметить, что этот показатель неточно отображает ситуацию, т. к. при гистологическом исследовании в 2 случаях из 24 не было выявлено патологии эндометрия, но то не исключает других причин аномального маточного кровотечения. В процессе исследования нами были выявлены ситуации с сочетанными диагнозами. В 10 случаях из 145 встретилось 2 основных диагноза, что составило 6,9%. В 2 случаях из 145 встретилось 3 основных диагноза вместе, что составило 1,4%. В процессе анализа гистологического исследования нами были выявлены 3 случая

злокачественных новообразований эндометрия из 145 обследуемых, что составило 2,1%.

Выводы. В рамках исследования женщин репродуктивного возраста было установлено, что из исследуемых нами 5 нозологий преобладают гиперпластические процессы эндометрия и полипозные разрастания эндометрия, цервикального канала, шейки матки. Нами было отмечено, что бесплодие - это патология женщин исключительно активного репродуктивного возраста (25-29 лет). Мы выяснили, что в большинстве случаев причиной бесплодия у женщин является именно патология эндометрия. Также отметили, что, начиная с возраста 40 лет, чаще всего встречаются гиперпластические процессы и полипы разной локализации, которые чаще приводят к развитию аномального маточного кровотечения.

В 2,1% случаев было выявлено злокачественное новообразование - аденокарцинома. Зачастую пациентки с патологией эндометрия поступают в стационар экстренно с клиникой кровотечения, далее их направляют на лечебно-диагностическое выскабливание. При углубленном обследовании выясняется диагноз - гиперпластические процессы эндометрия, полиповидные разрастания эндометрия, шейки матки, цервикального канала или злокачественное новообразование. Можно сделать вывод, что эти пациентки были не дообследованы в амбулаторных условиях. Широкое распространение в последние годы гинекологической и соматической патологии среди женщин репродуктивного возраста приводит к повышению частоты бесплодия, невынашивания беременности, осложнений беременности и родов, а также способствует росту заболеваемости новорожденных. Поэтому эффективное решение проблемы гинекологической заболеваемости является одним из неперенных условий воспроизводства здоровых поколений, а также сохранения здоровья семьи в целом.

Ёрматова М., 6-курс

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ РОДОВЫХ ПУТЕЙ У РОЖЕНИЦ С ДОРОДОВЫМ И ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ РАЗРЫВОМ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК

Научный руководитель: асс. Тошева И.И.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.
Узбекистан

Кафедра акушерства и гинекологии

Дородовое и преждевременное излитие околоплодных вод, способствующее нарушению течения родов, послеродового периода, повышающее различную заболеваемость и смертность, является грозным осложнением беременности.

Цель. Изучение готовности родовых путей к родам у рожениц с дородовым разрывом плодных оболочек путём оценки готовности шейки матки по шкале Бишоп.

Материал и методы. Для решения поставленных задач проведено комплексное обследование 52 беременных, роды у которых осложнились с ДИОВ и ПИОВ в сроках 37-40 недель гестации, поступившие в Бухарский областной перинатальный центр за период 2017 года. С помощью анамнестических, клинико-лабораторных и инструментальных данных проводили изучение течения беременности, родов, послеродового периода, состояния плода и новорожденного. Была проведена оценка готовности родовых путей по шкале Бишопа. По Национальному стандарту ведения больных с ДИОВ родовые пути беременных осмотрены через 24 часа при отсутствии родовой деятельности с целью решения вопроса о целесообразности индукции родов. Характер родовой деятельности контролировали на основании ведения партограмм.

Результаты. Средний возраст наблюдаемых женщин составил 26,5 лет. У всех женщин беременность протекала на фоне экстрагенитальных заболеваний, а в большинстве случаев сочетание нескольких из них. У всех женщин с дородовым излитием околоплодных вод проведено валагалищное исследование с целью оценки зрелости шейки матки по шкале Бишоп.

По шкале Бишопа оценка проведена по 5 критериям. Выявлено, что 61,6% обследованных беременных параметры раскрытия, длины, консистенции, положение шейки матки и состояние предлежащей части плода имели баллы до 5, что оценивалось, как «незрелая шейка». А у 38,4% женщин родовые пути оценивались как «зрелая шейка». Соответственно, тактика дальнейшего ведения была выбрана согласно протоколу ОПЦ. У беременных с «незрелой» шейкой предложена индукция родов Гландином Е 2,3 мг по 1 таблетке интравагинально после информированного согласия беременной и родственников. Родовые пути переоценены через 8 часов для уточнения необходимости продолжения индукции. У беременных с «зрелой» шейкой роды велись выжидательной тактикой до разыгрывания регулярной родовой деятельности или консилиумом врачей решён вопрос о родостимуляции окситоцином. 57,8% беременные родоразрешены через естественные родовые пути.

Таким образом, исследования показали, что у большинства рожениц с дородовым разрывом плодных оболочек готовность шейки матки оценивалось до 5 баллов, что означало «неподготовленность» родовых путей к родам. Из этого числа 57,8% рожениц подверглись родовозбуждению после информированного согласия роженицы и её родственников. 23% роженицы имели относительные или абсолютные противопоказания к родовозбуждению и родостимуляцию. Остальные 19,2% роженицы отказались от родовозбуждения, которым как дальнейшая тактика родоразрешения выбрано кесарево сечение.

Вывод. Индукция родов представляет собой активацию сократительной способности матки с целью начала родовой деятельности, направленную на рождение ребенка при наличии показаний, при этом успешная индукция – это естественное родоразрешение в течение 24-48 часов.

Каюмова Г.М., 2-курс, магистрант

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ

Научный руководитель: к.м.н. Саркисова Л.В.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.
Узбекистан

Кафедра акушерства и гинекологии

Цель. Изучение характера, частоты осложнений родов и послеродового периода, состояния новорожденных при преждевременных родах.

Материал и методы. Нами проведен анализ течения 164 самопроизвольных преждевременных родов за период с 2017-2018 г. в специализированном по недонашиванию родильном доме Перинатальном центре города Бухары. Математическую обработку цифровых показателей проводили на персональном компьютере с применением интегральной системы для комплексного статистического анализа и обработки данных «Statistika 5,0». Достоверность различий двух выборок оценивали с помощью критерия Стьюдента (t).

Результаты. Через естественные родовые пути были родоразрешены 60 (80,2+1,3%) женщин основной группы, кесарево сечение произведено 24 (19,4+1,3%) беременным; в контрольной группе роды per vias naturals проведены у 94,0+1,7% рожениц, абдоминальным путем – у 6,0+1,7% ($p<0,01$). Осложнения родов отмечены у женщин с ПР основной группы (19%) и у 29,0% – контрольной. Почти у половины преждевременно родивших выявлено несвоевременное излитие околоплодных вод (49,5+1,8%), что в 4,5 раза чаще, чем у своевременно родивших (11,0+2,2%; $p<0,01$). При преждевременном излитии околоплодных вод придерживались выжидательной тактики с контролем за возможным развитием инфекции: следили за количеством и качеством подтекающих вод, измеряли частоту пульса температуру тела, частоту сердцебиения плода каждые 4 часа. Каждые 12 часов определяли содержание лейкоцитов крови с подсчетом лейкоцитарной формулы и ЛИИ. Токोलитическая терапия была назначена 30 (11,4%) беременным с преждевременным разрывом плодного пузыря при начинающихся родах для проведения профилактики РДС на 48-72 часа, после отмены токолитиков в случае начала родовой деятельности, она больше не подавлялась. Глюкокортикоиды для профилактики РДС применяли до срока беременности 33-34 недели. Длительный безводный период наблюдался у 21,5+1,3% рожениц основной группы и у 3,0+1,2% контрольной ($p<0,01$). Антибиотики применяли у пациенток с безводным периодом свыше 12 часов. Хориоамнионит, как правило, диагностировался у 17,9+1,2% наблюдений основной группы, в контрольной – в 1,0+0,7% ($p<0,05$). Преждевременная отслойка плаценты выявлена у 6,6+0,8% обследованных основной группы и у 2,0+0,9% – контрольной ($p<0,05$). В частоте гипотонии матки и задержки частей плаценты достоверных различий выявлено не было: в основной группе

3,3+0,6% и 2,5+0,5% соответственно, в контрольной 2,5+0,5 и 1,5+0,9% ($p>0,05$). Операция кесарево сечение была произведена в 19,8+1,3% клинических наблюдений основной группы. Вопрос о родоразрешении абдоминальным путем при недоношенной беременности решался индивидуально. Кесарево сечение до 34 недель гестации проводилось, как правило, по жизненным показаниям со стороны матери.

Выводы. Таким образом, преждевременные роды являются одной из наиболее серьезных причин неонатальной заболеваемости и перинатальной смертности, а также последующих нарушений состояния ребенка, дальнейшее снижение которых и сохранение здоровья женщины по-прежнему остаются актуальными проблемами современного акушерства.

Киличева В.А., 5-курс

ГЕНИТАЛЬНЫЙ СЕПСИС В СТРУКТУРЕ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

Научный руководитель: к.м.н., доц. Ашурова Н.Г.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.
Узбекистан

Кафедра акушерства и гинекология

Одной из актуальных проблем в современном акушерстве является септические осложнения при беременности, родов и послеродового периода. частота этих осложнений колеблется в пределах 10-25% и служит причиной высокой материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. В последние годы среди случаев материнской смертности основное место занимает генитальный сепсис. Сепсис - это угрожающий фактор жизни человека и распространённый дисрегуляторный ответ организма на любую инфекцию.

По материалам Национального комитета по конфиденциальному анализу материнской смертности выявили 56 случаев, где причиной явился генитальный сепсис. В Узбекистане в период за 2013-2015 г.г. доля генитального сепсиса, как причина материнской смерти, составила 14,9%, это больше чем за период 2010-2012 годов (8,2%) Случаи, связанные с септическими осложнениями, растет высокими темпами.

Цель. Разработка эффективных методов диагностики и лечения генитального сепсиса для профилактики септических осложнений в акушерстве.

Задачи исследования. 1. Анализ случаев материнской смертности, связанные с септическими осложнениями.

2. Определять и устранять очаги инфекции приводящие к сепсису у беременных женщин.

Материалы и методы.

В 2018 году в Бухарском областном перинатальном центре были изучены 22 истории болезни беременных женщин и рожениц с септическими осложнениями.

Результаты.

Результаты исследования показали, что септические осложнения проявляются в виде ниже указанных:

- эндометрит (после инфицированного аборта) - 2 случая – 9%,
- хориоамнионит 11 случаев – 50%,
- эндометрит, который возникает после родов - 3 случая – 13%,
- нагноении ран промежности и после кесарево сечения 5 случаев – 22%,
- мастит- в 1 случае- 4,5%.

В 2-х случаях зарегистрирована материнская смертность-9%.

Выводы.

1. Строгое наблюдение беременных, рожениц и родильниц с признаками инфекций, позволяет раннее выявление осложнений.

2. С момента выявления септических осложнений, необходимо действовать быстро в соответствии с Национальным стандартом и протоколом, а также применять антибиотики широкого спектра действия, не дожидаясь ответа на бактериологическую чувствительность. Антибактериальные схемы следует пересматривать каждый день.

3. Как можно раньше у женщин с диагнозом генитального сепсиса, надо удалить матку и её придатки. Это предотвращает распространение очага инфекции.

Кудратова Д.Ш., 2-курс, магистрант, Исмадова М.И., 6-курс
**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С
ДОРОДОВЫМ ИЗЛИТИЕМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД В АСПЕКТЕ
РИСКА ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ**

Научный руководитель: к.м.н. Туксанова Д.И.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.
Узбекистан

Кафедра акушерства и гинекология

Преждевременное (дородовое) излитие околоплодных вод (ДИОВ) является одним из наиболее распространенных осложнений беременности и родов, частота его достигает 20% и не имеет тенденции к снижению. На фоне данного осложнения отмечается рост частоты осложнений как со стороны матери, так и со стороны плода.

Цель. изучение особенностей родоразрешения пациенток с преждевременным излитием околоплодных вод при доношенной беременности в аспекте риска инфекционно-воспалительных осложнений.

Материалы и методы. В группах проспективного наблюдения нами было обследовано 100 беременных женщин. Сроки беременности были 39-40 недель у 25 беременных (1 группа), 41 недель у 50 беременных – 2 группа, 42 и более

недель у 25 беременных – 3 группа. Оценены маркеры воспалительного ответа (концентрация высокочувствительного С-реактивного белка, прокальцитонина и абсолютного количества нейтрофильных лейкоцитов в периферической крови) у пациенток с наличием или отсутствием факторов риска ПИОВ инфекционно-воспалительного характера, различной длительностью безводного периода, а также с наличием инфекционно-воспалительных изменений в плаценте и околоплодных оболочках.

Результаты. Результаты проведенного исследования выявили клинико-анамнестические факторы риска преждевременного излития околоплодных вод при доношенной беременности и информативные лабораторные маркеры воспалительного ответа, повышение концентрации которых ассоциировано с воспалительными изменениями в плаценте и околоплодных оболочках. Уровень высокочувствительного С-реактивного белка и показатели абсолютного количества нейтрофильных лейкоцитов имеют приемлемые для практического использования характеристики клинической информативности. Предложенный дифференцированный подход к ведению беременных с преждевременным излитием околоплодных вод предполагает использование консервативно-выжидательной тактики в течение 12 часов при отсутствии факторов риска ДИОВ инфекционно-воспалительного характера и показателях С-реактивного белка $<7,2$ мг/л, активно-выжидательной тактики – у пациенток с наличием подобных факторов риска, но отсутствием увеличения показателей воспалительного ответа и активной тактики – у женщин с высоким риском инфекционно-воспалительных осложнений (сочетание факторов риска ДИОВ инфекционно-воспалительного характера с показателем С-реактивного белка $>7,2$ мг/л). При ведении пациенток с преждевременным излитием околоплодных вод согласно предложенному, у большинства женщин (96%) развилась спонтанная родовая деятельность, и только 4% женщин было предпринято медикаментозное родовозбуждение, что в 3 раза реже, чем у женщин, ведение которых осуществлялось в соответствии со стандартными лечебно-диагностическими протоколами. При этом частота слабости родовой деятельности не только не увеличилась, но и снизилась в 1,5 раза. Увеличение удельного веса физиологического течения родов способствовало снижению частоты родоразрешения путем операции кесарево сечение до 8%.

Выводы. Наиболее значимым результатом дифференцированного подхода к родоразрешению беременных с преждевременным излитием околоплодных вод явилось улучшение состояния здоровья новорожденных: частота гипоксически-ишемического поражения ЦНС снижена 2,4 раза.

Кукебаева А.Ж., 4-курс, Ахметгареева Р.Р., 5-курс

МАРКЕРЫ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК БАЗАЛЬНОГО СЛОЯ ЭНДОМЕТРИЯ И ИХ РОЛЬ В СТРУКТУРЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Научный руководитель: асс. Логинова Е.А.

Эндометрий является динамичной тканью, которая подвергается обширной пролиферации и регенерации в течение всего репродуктивного цикла женщины. Ключевым фактором, который регулирует эти вышеупомянутые функции, является наличие стволовых клеток. Простым подходом для идентификации стволовых клеток является их маркерная характеристика. Стволовые клетки эндометрия относятся к эпителиальным и стромальным клеткам, способным к делению *in vitro*. Эти клетки могут участвовать в развитии таких заболеваний, как эндометриоз, аденомиоз, гиперплазия эндометрия, рак эндометрия, а также предоставлять собой ресурсы для клеточной терапии. Это еще более точно подтверждается тем фактом, что эндокринно-опосредованный менструальный цикл включает в себя эффективное выделение внутренней оболочки матки и ее последующую регенерацию с помощью стволовых клеток. Следовательно, выявление стволовых клеток и определение их потенциальной роли в физиологии и патологии эндометрия является обязательным условием для объяснения патогенеза различных состояний.

В работе Калининой Н.И., Сысоевой В.Ю., Рубиной К.А. «Мезенхимальные стволовые клетки в процессах роста и репарации тканей» достаточно подробно описывается роль стволовых клеток эндометрия в реализации механизмов заживления. Существенным признаком, который идентифицирует стволовые клетки, является их маркерная характеристика. Следовательно, в данной работе мы охарактеризуем некоторые маркеры мезенхимальных стволовых клеток. Для написания данной статьи были изучены результаты исследований, опубликованных в статье «Marker profiles of human endometrial stem cells at various passages cultured in-vitro», выполненных Pankaj Kaingade, Amar Nikam, Sachin Kulkarni, Indumathi Somasundaram на базе отделения стволовых клеток и регенеративной медицины университета им. Д.Я. Патила, Колхапур, Махараштра, Индия.

В рамках исследования, биопсия эндометрия была взята у репродуктивно активных женщин ($n=10$) со средним возрастом $35\pm 1,5$ и индексом массы тела $24\pm 1,4$, перенесших гистерэктомию. Пациентки не подвергались экзогенному гормональному лечению в течение, по крайней мере, 3 месяцев до операции. Все образцы были обработаны в течение 2 часов после сбора.

В результате, выраженную экспрессию (90-100%) показали маркеры мезенхимальных стволовых клеток, таких как CD90, CD105 и CD73, которые наблюдались как в более ранних, так и в более поздних пассажах. Кроме того, некоторые молекулы клеточной адгезии, такие как CD49d, CD44, CD54 и CD166, также демонстрировали заметную экспрессию даже при P10 (10 пассаж), с небольшим снижением процента при P10. Некоторые немезенхимальные, гемопоэтические/эндотелиальные маркеры, такие как

CD34, CD31 и CD106, показали редкую экспрессию. Кроме того, CD117, маркер C-KIT стволовых клеток и CD140b, рецептор PDGFR β , также были заметны во всей культуре.

Эндометрий – это живая ткань, которая подвергается более 400 циклам регенерации и дифференцировки, что очень важно в репродуктивном периоде у женщин. Она обладает динамической способностью генерировать слой эндометрия толщиной 5-7 мм. после менструации. Таким образом, идентификация тканеспецифичных маркеров стволовых клеток в нормальном эндометрии прокладывает путь для идентификации их и в патологическом состоянии. Были подтверждены в мезенхимальных стволовых клетках, полученных из эндометрия антигенные экспрессии CD73, CD90 и CD105. Кроме того, стволовые клетки эндометрия были изучены на наличие множества поверхностных маркеров, которые включают гемопоэтические маркеры (CD 34, HLA-DR), маркеры мезенхимы (CD73, CD90 и CD105), молекулы клеточной адгезии (CAM) (CD44, CD31), плюрипотентный маркер: SSEA-4 и другие уникальные маркеры, такие как ABCG2, CD140b и CD117. Также были изучены некоторые другие маркеры: молекула межклеточной адгезии (ICAM-1) / CD54 - молекула, которая была найдена в мезенхимальных стволовых клетках, полученных из плаценты и костного мозга, активированная молекула адгезии лейкоцитарных клеток (ALCAM) / CD 166. Кроме того, рецептор фактора роста, полученный из тромбоцитов β (PDGF-R β / CD140b), периваскулярный маркер 20, экспрессируются колониеобразующими стромальными клетками эндометрия. Они были замечены в исследовании на протяжении всех пассажей до P10. По-видимому, данные маркеры являются важными факторами роста стромальных клеток эндометрия и активации ключевых путей самообновления. PDGF-R β /CD140b, идентифицированный организацией Schwab и ее сотрудниками как маркер перицита, наряду с клетками CD146, по-видимому, также является немаловажным компонентом в идентификации стволовых клеток эндометрия. Поскольку маркер CD140b часто встречался в культурах, был сделан вывод, что он имеет периваскулярную природу и влияет на возникновение сосудистых заболеваний.

Есть несколько маркеров, которые связаны с заболеваниями. C-kit / CD 117 является одним из таких маркеров. Рецептор CD117 экспрессируется на поверхности стволовых клеток и других типов клеток. Известно, что мутации этого рецептора связаны с карциномами. Сравнительный анализ экспрессии c-kit у женщин с эндометриозом и без него был проведен Catherine Uzan. Результаты показывают, что экспрессия CD117 была выше у женщин с эндометриозом по сравнению со здоровыми женщинами. Это один из маркеров, который был подробно охарактеризован при возникновении заболеваний.

Иммунолокализация выявила экспрессию маркеров NANOG, OCT4 и SOX2 как в нормальной, так и в матке с аденомиозом. Экспрессия мРНК для NANOG и OCT4 была увеличена в тканях, полученных из матки с аденомиозом, по сравнению с контролем, но на уровне структуры маркера не было никаких существенных различий. Экспрессия мРНК для всех трех

маркеров плюрипотентности была выше в клетках миометрия, выделенных из матки с аденомиозом, чем в клетках, выделенных из здоровой матки. Уровень маркеров NANOG, OCT4 и SOX2 был снижен в стромальных клетках и повышен в клетках миометрия, полученных из поврежденных тканей. Результаты указывают на значительные изменения в экспрессии маркеров плюрипотентности в матке с аденомиозом по сравнению со здоровой маткой, что свидетельствует об участии стволовых клеток эндометрия в патогенезе аденомиоза. Это исследование показывает важность углубленной характеристики маркеров стволовых клеток эндометрия человека *in vitro*, а также открывает путь для дальнейшего изучения особенностей эндометрия в условиях патологических состояний.

Активно разрабатываются подходы к применению трансплантации стволовых клеток при лечении заболеваний, которые до недавнего времени считались неизлечимыми традиционными методами. Использование стволовых клеток представляет большой интерес в качестве новой модели лечения в репродуктивной медицине, которая возникла, когда человеческие эмбриональные стволовые клетки впервые были культивированы, поскольку стволовая клетка является субстратом для развития заболеваний. Исследования стволовых клеток в настоящее время находятся на стадии разработки и могут оказать существенное влияние на терапевтические возможности применения эмбриональных и взрослых стволовых клеток человека в репродуктивной медицине и генной терапии. Лучшим примером такого рода исследований является доктор Панайотис Завос и его команда, которые практикуют опыт использования стволовых клеток для многочисленных медицинских целей, начиная от лечения ожоговых ран, вплоть до помощи людям, страдающим проблемами бесплодия и гинекологических заболеваний.

Многие гинекологические заболевания связаны с аномальной пролиферацией эндометрия, и вполне возможно, что стволовые клетки эндометрия могут играть роль в патофизиологии гинекологических заболеваний, таких как гиперплазия эндометрия, рак эндометрия, эндометриоз, аденомиоз, а также являются потенциальным ресурсом для клеточной терапии. Таким образом, на этой стадии важно идентифицировать маркеры стволовых клеток-предшественников эндометрия для более детальной характеристики и определения роли этих клеток в патогенезе пролиферативных заболеваний эндометрия.

Орипова Ф.Ш., 3-курс, магистрант

**РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ИСТОРИЙ РОДОВ С
ПОСЛЕРОДОВЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ С УЧЕТОМ
РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕР**

Научный руководитель: к.м.н. Каримова Н.Н.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.

Узбекистан

Кафедра акушерства и гинекология

Цель. Ретроспективно изучить истории родов и качество оказания первичной помощи при кровотечениях и оценить назначенные реабилитационные меры у женщин, перенесших послеродовое кровотечение и массивное кровотечение.

Материалы и методы. Было исследовано 242 истории родов с послеродовым кровотечением за последний 6 лет (2013-2018) в городском родильном доме г.Бухары. Послеродовое кровотечение часто встречалось среди первородок, так как они составляют большую часть нашей обследуемой группы. Это не утверждает что частота кровотечения выше у первородок, так как многорожавших в общей популяции меньшинство, но у них больше встречается послеродовое кровотечение, чем у других группах. Детально анализируя причины акушерской патологии приводящей кровотечению можно сказать, что основную часть составляет гипотония матки - 143 (59,1) и крупный плод - 68 (28,1), а преэклампсия и ДИОВ составляют равные количество - 33 (13,64). Это можно объяснять тем, что беременность на фоне крупного плода и преэклампсии часто осложняется послеродовым кровотечением. Показаниями к оперативным родам были рубец на матке – 7(15,5%), хориоамнионит – 6 (13,3%), при безуспешной консервативной терапии остановки кровотечения произведена лапаротомия по поводу атонии матки у 23 (51,1%) больных. В современном акушерстве методы борьбы с гипотоническим и атоническим кровотечением можно разделить на: медикаментозные, механические и оперативные. При изучении общего и гемодинамического состояния женщин, перенесших кровотечение в поздние сроки - до выписки показало, что у 50 (20) истории отсутствуют повторные общего анализа крови.

Результаты. Около 20% женщинам перенесших послеродовое кровотечение проведена ранняя реабилитация в виде назначения контрацептивных средств. Остальные группы женщин не получали раннюю реабилитацию и рекомендации на позднюю реабилитацию. В некоторых историях родов имеются случаи вставления ВМС, которым категорически противопоказана в тяжелых стадиях анемии после перенесённого кровотечения. Перед выпиской из стационара пациентки «едва выжившим» не дается рекомендации антианемической терапии, консультация гематолога или же при отсутствии репродуктивного органа заместительная гормональная терапия. Около 20 % женщинам перенесших послеродовое кровотечение проведена ранняя реабилитация в виде назначения контрацептивных средств. Остальные группы женщин не получали раннюю реабилитацию и рекомендации на позднюю реабилитацию. В некоторых историях родов имеются случаи вставления ВМС, которым категорически противопоказана в тяжелых стадиях анемии после перенесённого кровотечения. Перед выпиской из стационара пациентки «едва выжившим» не дается рекомендации антианемической терапии, консультация гематолога или же при отсутствии репродуктивного органа заместительная гормональная терапия.

Выводы. Анализируя истории родов женщин, перенесших раннее послеродовое кровотечение можно сказать, что на этапе родовспоможения, чтобы сохранить жизнь пациентки и репродуктивный орган проведена кропотливая работа со стороны акушер-гинекологов и реаниматологов. Но это ясно не отражена в истории родов, не полноценные лабораторные анализы, не достаточные повторные обследования больных до выписки и отсутствие реабилитационных мер побудила нас проводить обследования по пятам этих больных в дальнейшие наши научные исследования.

Пасечник С.И., 5-курс, Пищик А.А., 5-курс

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БЕСПЛОДИЯ НА ФОНЕ ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Научные руководители: к.м.н., асс. Скорбач Е.И., к.м.н. Нагута Л.А.

Харьковский национальный медицинский университет. Украина

Кафедра акушерства и гинекологии №1

В последнее время проблема бесплодия стала значительно чаще связана с таким заболеванием, как генитальный эндометриоз. Это заболевание занимает 3 место по распространенности всех гинекологических заболеваний, и все чаще встречается у женщин репродуктивного возраста.

Цель. Сравнить эффективность комбинированного использования лапароскопической операции и гормональной терапии при лечении бесплодия на фоне эндометриоза.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование «случай-контроль». Было обследовано 23 женщины со вторичным бесплодием на фоне генитального эндометриоза в возрасте от 23 до 34 лет (средний возраст $28,5 \pm 1,2$ лет). Длительность бесплодия составила от 2 до 6 лет. Всем обследуемым женщинам была произведена лапароскопия с коагуляцией и иссечением очагов эндометриоза. В соответствии с выбранной послеоперационной терапией всех женщин разделили на три группы. I группу составили 7 женщин (30,43%), которым назначена терапия агонистами гонадотропин-рилизинг-гормона. II группу – 6 женщин (26,09%), которым проводилось лечение гестагенами. III группа – контрольная, ее составили 10 женщин (43,48%), которым после лапароскопии не проводилась консервативная терапия. Длительность терапии длилась 6 месяцев.

Результаты. При проведении исследования было выявлено, что в течении первого года, после проведенной комплексной терапии бесплодия на фоне эндометриоза, беременность наступила у 5 (71,43%) женщин I группы и у 2 (33,33%) женщин II группы. В контрольной (III) группе беременность наступила только у 2 (20%) женщин.

Выводы. В ходе проведенного исследования можно сделать заключение, что при лечении бесплодия на фоне эндометриоза наиболее эффективным является двухэтапная терапия, основана на лапароскопии с коагуляцией и

иссечением очагов эндометриоза и дальнейшем лечении агонистами гонадотропин-рилизинг гормона в течении 6 месяцев.

Саидова Ф.И., 3-курс

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЕМ МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА

Научный руководитель: к.м.н. Рахматуллаева М.М.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.

Узбекистан

Кафедра акушерства и гинекологии

Среди заболеваний бактериальной этиологии большой удельный вес составляют патологические состояния, связанные с нарушениями нормальной микрофлоры женского репродуктивного тракта. Из них самым распространенным заболеванием является бактериальный вагиноз, под которым подразумевают полимикробный клинический синдром, в основе которого лежит изменение нормального микробиоценоза влагалища. Нарушение вагинальной микрофлоры приводит к появлению патологических неприятно пахнущих белей, которые не только способствуют нарушениям половой, генеративной функций, но и приводят к формированию стойких психоэмоциональных нарушений, снижению адаптационных возможностей организма и работоспособности.

Цель. Оценить состояние здоровья женщин по данным анкетирования, психологического тестирования, клиничко-лабораторного обследования и выявить взаимосвязь с нарушением микробиоценоза влагалища.

Материал и методы. Проведено обследование 30 женщин в возрасте от 19 до 40 лет. Критериями исключения явились экстрагенитальные заболевания в стадии обострения, пороки развития наружных и внутренних половых органов, гинекологические и онкологические заболевания, метаболические и эндокринные нарушения.

Основную группу исследования составили 20 женщин с рецидивирующим бактериальным вагинозом, контрольную – 10 женщин с нормоценозом влагалища.

При объективном обследовании оценивали общее состояние, психофизиологическое тестирование (тесты Спилбергера-Ханина). Проводили аминотест и рН-метрию влагалищного содержимого с помощью универсальных индикаторных бумажных полосок с диапазоном измерения рН 0-12 (Lachema), бактериоскопическое исследование влагалищных мазков.

Полученные нами при исследовании данные подверглись статистической обработке.

Результаты. Для определения основных факторов риска развития бактериального вагиноза проведено изучение анамнеза жизни, соматической, гинекологической заболеваемости. Жалобы, связанные с психоэмоциональными и вегетативными расстройствами, зарегистрированы у

28 (93,3%) пациенток с бактериальным вагинозом и лишь у 1 (10%) с нормальным микроценозом влагалища ($p < 0,05$). Основные проявления выражались в эмоциональной неустойчивости, раздражительности, повышенной возбудимости и плаксивости, обидчивости, сердцебиением в покое, нарушением сна, слабостью, повышенной утомляемостью, колебаниями артериального давления.

По результатам теста Спилбергера-Ханина низкая личностная тревожность (менее 30 баллов) была зарегистрирована только у 2 (20%) женщин с нормоценозом влагалища. У 13,3% пациенток с нарушением микробиоценоза влагалища отмечались средние показатели (31-44 балла). Высокие показатели личностной тревожности (более 45 баллов) зарегистрированы у подавляющего большинства (86,7%) женщин основной группы. Те же тенденции прослеживались и в характеристике ситуативной тревожности.

Выводы. Женщины с нарушением микробиоценоза влагалища имеют сниженный уровень общего здоровья, что проявляется психоэмоциональными расстройствами, повышенным инфекционным индексом и нарушением адаптивных реакций.

Салимбоева Н.З., 4-курс

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕСТА АСТИМ-PARTUS В ПРЕДИКЦИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Научный руководитель: к.м.н. Саркисова Л.В.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.
Узбекистан

Кафедра акушерства и гинекологии

Актуальной проблемой современного акушерства является преждевременные роды (ПР). Своевременно решить вопрос о необходимости проведения профилактических и лечебных мероприятий (проведение курса глюкокортикостероидов и токолитиков) позволяет адекватная дифференциальная диагностика истинных преждевременных родов с ложными схватками.

В настоящее время многочисленные исследования отечественных и зарубежных авторов посвящено описанию эффективности таких предикторов ПР как укорочение шейки матки измеренное при помощи ультразвукового исследования. Исследование шейки матки среди симптомных женщин должно проводится не однократно, в динамике. С этой точки зрения интерес представляет определить эффективность прикроватного теста Actim-Partus, позволяющего провести исследование в течение нескольких минут.

Материалы и методы. В исследование были включены беременные с симптомами угрожающих преждевременных родов и сроками беременности 22-33 недели ($n=65$). Всем им проведена экспресс диагностика тестом Actim-Partus по стандартной методике.

Критерий оценки. Преждевременные роды в сроке менее 34 полных недель.

Результаты. В ходе проведения исследования положительный результат теста получен у 43 пациенток (66,7%), отрицательный – у 22 (33,3%). Преждевременные роды до 34 недель гестации среди пациенток с положительным тестом имели место у 27 (62,5%), с отрицательным тестом – у 1(5,0%). Роды в сроке более 34 недель произошли у 16 пациенток (37,5%) с положительным тестом и у 21 пациенток (95,0%) с отрицательным тестом.

Определены основные характеристики диагностического теста: чувствительность (Se) теста: 0,96 (95% ДИ 0,92-0,99); специфичность (Sp) теста: 0,56 (95% ДИ 0,45-0,59); положительная предиктивная ценность теста 0,625(95% ДИ 0,533-0,649); отрицательная предиктивная ценность теста 0,95 (95% ДИ 0,766-0,997).

Выводы. Тест Actim-partus может применяться в клинической практике для дифференциальной диагностики истинных и ложных преждевременных родов.

Тихомирова А.А., 5-курс, Золотарева А.С., 5-курс, Вуколова В.А., 5-курс,
Пугачев Д.А., 5-курс

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ В ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ В 2011-2017 гг.

Научные руководители: д.м.н. проф. Борщук Е.Л., к.м.н. доц. Бегун Д.Н.
Оренбургский государственный медицинский университет. Российская
Федерация

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Показатель смертности – это один из главных медико-демографических показателей, отражающий эффективность функционирования системы здравоохранения. Динамика данного показателя является актуальной задачей и необходима для оценки качества акушерско-гинекологической помощи в Оренбургской области.

Цель. Изучение показателей младенческой смертности в Оренбургской области в 2011-2017 гг.

Материалы и методы: информационная база исследования представлена документами 2015-2016, полученная из территориального органа статистики по Оренбургской области.

Результаты.

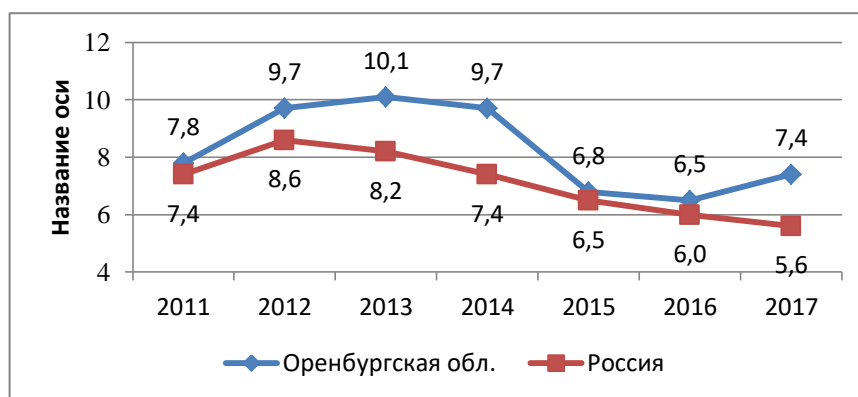


Рис. 1. Динамика показателя младенческой смертности в Российской Федерации и Оренбургской области.

Уровень младенческой смертности в Оренбургской области в течение всего рассматриваемого периода превышал средний уровень по Российской Федерации (рис.1). Однако с 2017 года в Оренбургской области опять наметилась тенденция к повышению показателя младенческой смертности. Если в Российской Федерации в целом наблюдается достаточно плавное, приближенное к линейному тренду снижение уровней младенческой смертности с 2012 года, то Оренбургская область может быть охарактеризована более поздним началом снижения, неравномерными темпами, подъемом показателя в 2017 г.

Таблица 1

Динамика коэффициентов младенческой смертности от отдельных причин (на 10 тыс. родившихся живыми)

Причины смерти	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
от отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде	40,8	60,8	62,7	55,5	42,1	36,4	43,8
от врожденных аномалий (пороков развития)	17,0	16,6	20,1	19,4	9,5	11,5	11,1
от внешних причин смерти	7,1	5,7	4,7	4,8	6,0	5,9	6,0
от болезней органов дыхания	4,6	7,1	5,4	5,4	3,2	1,9	4,3
от инфекционных и паразитарных	2,8	1,4	0,3	3,4	1,1	1,1	0,0

болезней

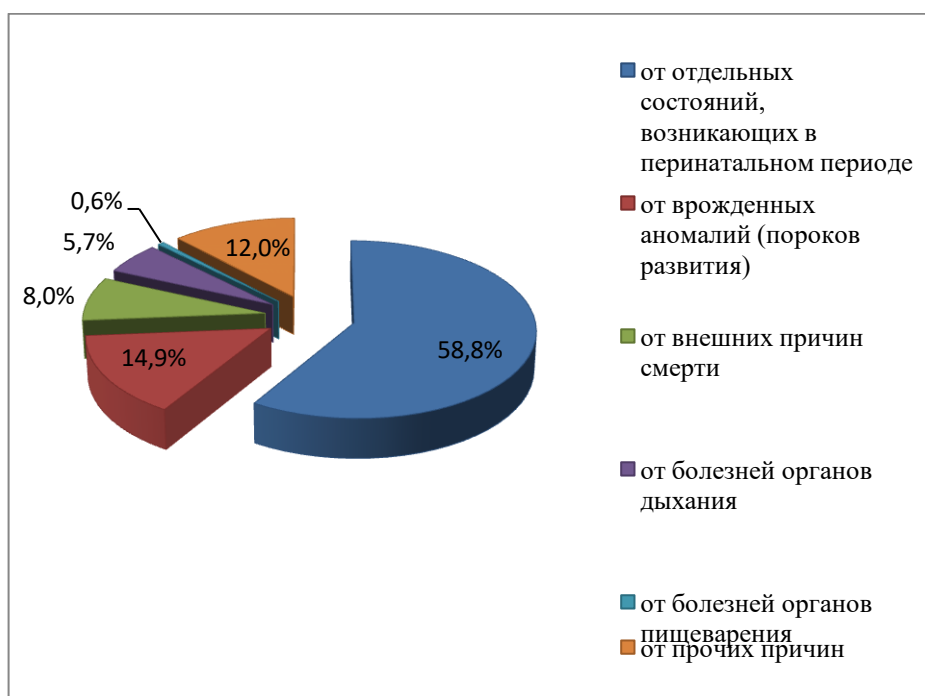


Рис. 2. Структура младенческой смертности по причинам в Оренбургской области в 2017 г.

В таблице 1 приведены данные о динамике младенческой смертности от отдельных причин, а на рисунке 2 ее структура по отдельным причинам в 2017 году. Смерть от отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде, находится на первом ранговом месте, занимая более половины от всех причин. Динамика ее уровней соответствует динамике младенческой смертности в целом: рост к 2013г., дальнейшее снижение и вновь рост в 2017г. Слабый положительный тренд имеют две причины младенческой смертности: врожденные аномалии и болезни органов дыхания. Колебания уровней смертности от внешних причин и инфекционных заболеваний не носят устойчивый характер и не имеют какого-либо тренда, сохраняя свои ранговые позиции в течение периода исследования.

Выводы:

1. Уровень младенческой смертности в Оренбургской области в течение рассматриваемого периода превышал средний уровень по Российской Федерации и с 2017 года в Оренбургской области опять наметилась тенденция к повышению показателя младенческой смертности;

2. Смерть от отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде, занимает более 50% структуры общей смертности, динамика показателя соответствует динамике младенческой смертности в целом. Положительную динамику имеют две причины младенческой смертности: врожденные аномалии и болезни органов дыхания. Колебания уровней

смертности от внешних причин и инфекционных заболеваний не носят устойчивый характер.

Тошева И.И., 2-курс, магистрант

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ТУБООВАРИАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ МАЛОГО ТАЗА

Научный руководитель: к.м.н. Каримова Н.Н.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.
Узбекистан

Кафедра акушерства и гинекология

Впервые на основе результатов комплексного исследования дифференцированного подхода к лечению 108 пациенток с тубоовариальными образованиями разработаны критерии к использованию различных методов - консервативных, пункционных, малоинвазивных и оперативных с применением лапаротомного доступа.

Цель. Определить потенциал внедрения дифференцированного подхода к выбору методов лечения пациенток с тубоовариальными образованиями.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ лечения 108 пациенток с тубоовариальными образованиями. После проведения диагностических мероприятий разрабатывалась лечебная тактика, в том числе объём и сроки проведения предстоящих операций, которые выполнялись лапаротомным доступом (n=38), лапароскопическим доступом (n=19), с использованием чрескожного дренирования под контролем УЗИ и рентгеноскопии (n=31), отдельную группу составили пациентки, которые получали только консервативную терапию (n=20).

Результаты. Было выделено восемь критериев отбора больных, что позволило структурировать избранную тактику лечения.

1. Возраст - первая группа (17-27 лет - 14,8%); вторая группа (28-38 лет - 31,5%); третья группа (39-49 лет - 53,7%).

2. Длительность существующего заболевания (до 3 нед - 36%; 3 нед и более - 64%).

3. Наличие или отсутствие внутриматочного контрацептива (отсутствие ВМК - 45,3%, наличие ВМК - 54,7%, при этом в 14% случаев отсутствовала возможность удалить ВМК при первичном осмотре).

4. Характер процесса определялся на основании данных осмотра и УЗИ, что позволило диагностировать наличие перитонита (17,6%) и пельвиоперитонита (82,4%); наличие абсцедирования тубоовариального образования (67,6%) и инфильтрата без признаков абсцедирования (33,4%); двусторонний (45,7%) или односторонний (54,3%) процесс; плотный (64%) или рыхлый характер инфильтрата (36%).

5. Наличие сопутствующих гинекологических заболеваний.

6. Наличие или отсутствие в анамнезе перенесённых полостных операций.

7. Сопутствующие соматические заболевания.

8. Реализация репродуктивной функции.

Показания для лапаротомной операции: клиническая картина разлитого перитонита, отсутствие возможности удаления ВМК, отсутствие необходимости сохранения репродуктивной функции, отсутствие технических возможностей для использования малоинвазивных методов, отсутствие эффекта от проводимых малоинвазивных методов. Лапароскопические операции: длительность заболевания не более 3 нед, формирование рыхлого инфильтрата с абсцедированием, отсутствие противопоказаний для проведения лапароскопических операций, отсутствие ВМК или возможность удаления ВМК при первичном осмотре, необходимость сохранения репродуктивной функции (первая и вторая возрастные группы). Пункционные методы: длительность заболевания более 3 нед, формирование плотного инфильтрата с признаками абсцедирования; высокий риск проведения полостных операций (3-я возрастная группа), необходимость сохранения репродуктивной и гормональной функции (первая и вторая группы), отсутствие ВМК или возможности удалить ВМК при первичном осмотре, спаечный процесс в брюшной полости.

Выводы. Сравнение эффективности отдалённых результатов лечения, основанное на оценке числа осложнений, рецидивов, реализации репродуктивной функции, показывает, что использование дифференцированного подхода к лечению тубоовариальных образований позволяет расценивать каждый метод как эффективный. Использование малоинвазивных хирургических операций повышает возможность реализации репродуктивной функции и снижает число осложнений. У женщин, имеющих роды в анамнезе, радикальный объём операций снижает риск рецидивов и предпочтителен в том случае, если не сопровождается анестезиологическими и интраоперационными осложнениями.

Уколова Е.С., 5-курс, Лихограй Л.И., 5-курс, Дробинина А.В., 5-курс

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ИЗМЕНЕНИЯ ВРЕМЕНИ СУТОК НА ТЕЧЕНИЕ РОДОВ

Научные руководители: асс. Воронцова Н.А., асс., к.м.н. Сенникова Ж.В.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская
Федерация

Кафедра акушерства и гинекологии

Роды являются сложным физиологическим процессом, при котором происходит изгнание из матки через естественные родовые пути плода, последа и околоплодных вод. Обычно Роды наступают после 10 акушерских месяцев. К этому времени плод становится зрелым, способным к внеутробному существованию [1].

Долгое время существовавший миф, что при родах в ночное и утреннее время, осложнений в послеродовом периоде больше, чем днем и вечером, не

получает никакого обоснованного подтверждения по статистическим данным. Ранние исследования Стэнфордского университета, доказали, что ночные роды повышают риски угрозы здоровью для рожениц и младенцев. Это было подтверждено и аналогичными выкладками шведских и немецких учёных, говоривших о большей уязвимости.

Цель. Оценка особенности течения родов в зависимости от времени суток.

Материал и методы. Анализ 170 историй родов в областном перинатальном центре (ОПЦ) Оренбургской областной клинической больницы №2 (ОКБ№2).

Результаты и их обсуждение. Информационной основой для анализа служили данные 170 историй родов областного перинатального центра областной клинической больницы №2.

Все роды были самостоятельными. Было выделено две группы по времени суток: первая группа - 00:00-12:00 (85 рожениц); вторая группа - 12:00-24:00 (85 рожениц) и проведен анализ по разным критериям.

Распределение по возрасту I группа: до 20 - 3 (3,5%), 21-30 лет- 47 (55,3%), 31-40 лет- 31 (36,5%), 40 и старше- 4 (4,7%); II группа - до 20- 6 (7%), 21-30 лет- 55 (64,7%), 31-40 лет- 22 (25,9%), 40 и старше- 2(2,4%).

Паритет родов: I группа первые роды- 32 (37,6%), вторые – 43 (50,6%), третье – 4 (4,7%), четвертые – 3 (3,5%) и более- 3 (3,5%); II группа первые роды- 34 (40%), вторые – 38 (44,7%), третье – 11 (12,9%), четвертые – 2 (2,4%). Роды у них характеризовались осложнениями (см. диаграмма 1): для I группы - разрыв промежности 1 степени- 12%; разрыв влагалища- 8%; разрыв шейки матки - 3%; кровотечение последовом и послеродовом периоде - 1%; дистресс плода- 2%; слабость потуг-1%; дискоординация родовой деятельности - 1%; для II группы - разрыв промежности 1 степени- 20%; разрыв влагалища- 12%; разрыв малых половых губ- 5%; разрыв шейки матки - 4%; кровотечение в последовом и послеродовом периоде – 1%; дистресс плода- 5%; слабость потуг - 2%; дискоординация родовой деятельности – 4%.

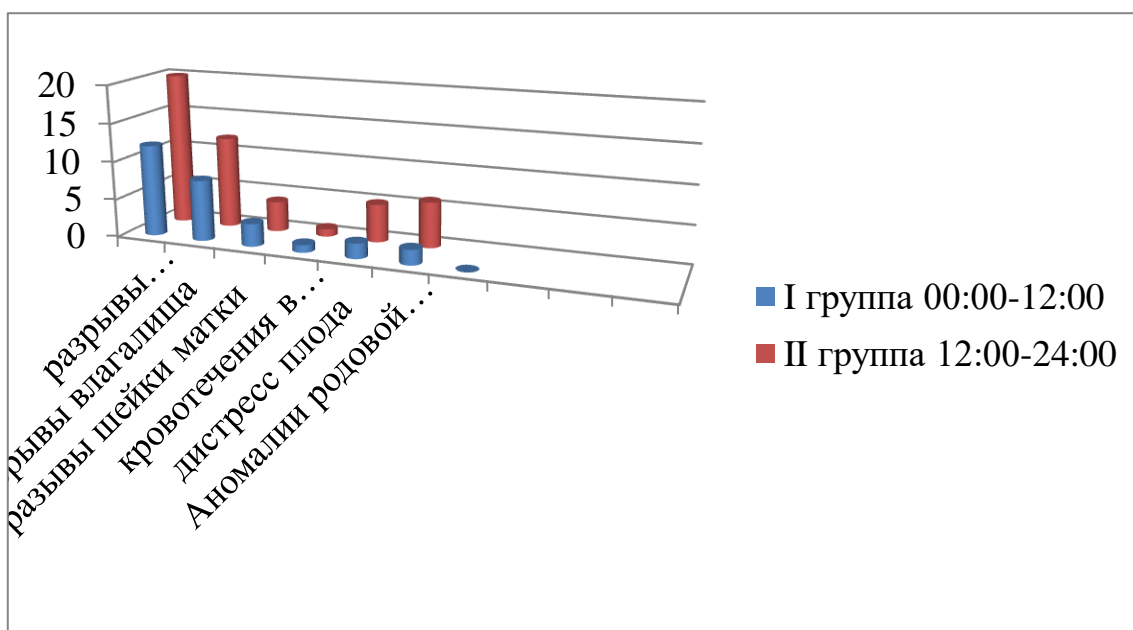


Диаграмма 1 - Сравнительный анализ осложнений родов в зависимости от времени суток по данным Областного перинатального центра ОКБ № 2 за 2018 год

Срочные роды наблюдались у 162 (95,3%) беременных, частота преждевременных родов в обеих группах была равной по 2,35%.

Результаты сортировки по периодам родов представлены в таблице 1.

Таблица 1

Продолжительность периодов родов в зависимости от времени суток

		00:00-12:00	12:00-24:00
I период родов	До 6 часов	55,30%	45,90%
	6-8 часов	24,70%	20,00%
	8-10 часов	10,60%	14,10%
	10-14 часов	9,40%	20,00%
II период родов	До 10 минут	53,00%	44,70%
	10-20 минут	37,60%	34,10%
	Более 20 минут	9,40%	21,20%

Дети I группы имели массу при рождении до 2000 г - 4 (4,7%); до 3000 г - 18 (21,2%); от 3001- 3500 г – 35 (41,2%); от 3501- 4000 г – 21 (24,7%), 4000 г и больше – 7 (8,2%), а II группы до 2000- 1 (1,2%); до 3000 г -9 (10,6%); от 3001- 3500 г – 35 (41,2%); от 3501- 4000 г – 33 (38,8%), 4000 г и больше – 7 (8,2%).

Оценка по шкале Апгар (см. диаграмма 2) для I группы преобладала 8-9 баллов – 76 (89,4%), 6-7 баллов - 8(9,4%); а для II группы 8-9 баллов – 77

(90,6%), 6-7 баллов - 6(7%), 4-5 баллов - 2(2,4%). Распределение по полу I группа – 39 (45,9%) девочек, 46 (54,1%) мальчиков; II группа – 38 (44,7%) и 47(55,3%) соответственно.

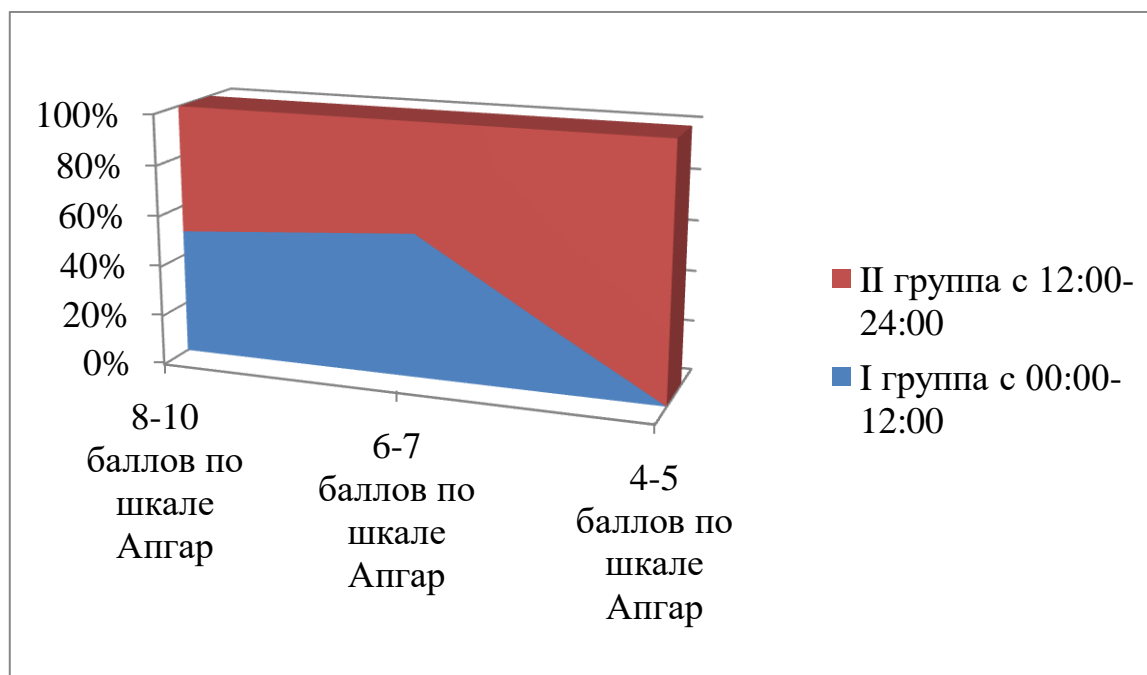


Диаграмма 2 - Сравнительный анализ оценки состояния новорожденного зависимости от времени суток по данным областного перинатального центра ОКБ № 2 за 2018 год

Выводы. Течение родов в группе с 00:00-12:00 характеризуется меньшей продолжительностью и меньшей частотой осложнений, что вероятно связано с физиологической активностью парасимпатической нервной системы. Результаты второй группы напрямую связаны с уменьшением функциональной активности эндокринного аппарата, что приводит к снижению адаптационных возможностей организма в этот период.

Список литературы

1. Акушерство: Национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1200 с.

Умбитбаева С.А., 3-курс, Муханов Ж.Ж., 3-курс

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В г.ОРЕНБУРГ

Научные руководители: д.м.н., проф. Коновалов Д.Ю., к.м.н., доц. Сердюк С.В.
Оренбургский государственный медицинский университет. Российская Федерация

Кафедра лучевой диагностики, лучевой терапии, онкологии и кафедра фармакологии

На долю рака шейки матки (РШМ) в структуре заболеваемости женщин злокачественными новообразованиями (ЗН) приходится 5,3% (5 место). В Оренбургской области в 34% (34,4% в РФ) это заболевание диагностируется в III-IV стадиях, что требует комплексных методов лечения, включая специализированную лекарственную терапию. Возможным вариантом лечения больных IB2 и IIA2 стадий РШМ является химиолучевое лечение по радикальной программе.

Был проведен анализ отобранных методом слепой выборки выписок из стационарных и амбулаторных карт 66 пациенток с плоскоклеточным РШМ, взятых на учёт в 2017 году в ГБУЗ «Оренбургский областной клинический онкологический диспансер». Возраст женщин был равен от 20 до 80 лет. Большинство заболевших (60%) имело возраст от 31 до 50 лет.

Ia стадия РШМ установлена у 26% пациенток. Стадия Ib выявлена у 15%, 2a – у 7,6% пациенток. Большинство пациенток обратилось в онкологический диспансер на более поздних стадиях (2b стадия – 15,5%, 3a – 16,7%, 3b – 19%, IV – 7%). Лечение по радикальной программе получили 40,9% пациенток. В этом числе 24% получили неoadъювантную терапию, включавшую схемы с препаратами доксорубин и цисплатин. Адъювантная и паллиативная терапии включали такие препараты, как цисплатин, гемзар, циклофосфан. В ходе диспансерного наблюдения 30% пациенток после проведенного лечения составили группу условно радикально излеченных. У 13% наблюдался регресс опухолевого роста, стабилизация опухолевого процесса – у 25%. Прогрессирование опухолевого роста отмечено у 22% пациенток, а летальные исходы к исходу года в 10%.

В результате проведенного исследования было выявлено, что эффективность лечения плоскоклеточного РШМ достаточно высока при выявлении в ранней стадии. Паллиативная терапия была эффективной у 38% пациенток.

Хайруллина С.Е., 2-курс

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ ПЕЙЗАЖ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИИ У БЕРЕМЕННЫХ г.АЛМАТЫ

Научный руководитель: Адиетова Ж.Ф.

НУО Казахстанско-Российский медицинский университет, г.Алматы. Казахстан
Кафедра микробиологии с курсом иммунологии

Инфекции мочевых путей (ИМП) широко распространены как у беременных, так и небеременных женщин. И эта проблема остается одной из ведущих в акушерской практике. Один из этих болезней является бессимптомная бактериурия (ББ), которая встречается у 2,5-15% беременных.

Бессимптомная бактериурия протекает без наличия признаков заболевания, симптомов патологии. Бактерии в составе мочи могут быть обнаружены случайным образом при анализе мочи. Бактериурия, протекающая бессимптомно, диагностируется после двух проб мочи при отсутствии

клинического проявления. Бактериурия может протекать с выраженной симптоматикой, а может быть скрытой, бессимптомной, при которой не затрагиваются ткани органов мочевого выделения [1]. В группу риска входят беременные женщины с ослабленным иммунитетом, с низким социально-экономическим статусом, не соблюдающие личную гигиену, с анатомическими аномалиями мочевых путей, с сахарным диабетом, а так же женщины с повышенным рН мочи в результате увеличения концентрации глюкозы, белка и метаболитов стероидных гормонов [2]. В настоящее время адекватным критерием и золотым стандартом для диагностики ББ является обнаружение в 1,0 мл мочи 10^5 бактерий и более [3]. Лечение ББ проводят коротким курсом антибиотиков, согласно определенной заранее чувствительности к антибиотикам, учитывая срок беременности и противопоказания. Через неделю после окончания антибиотикотерапии проводят контрольный бакпосев мочи. Одним из факторов, значительно осложняющих выбор антибиотика, является ограниченный спектр препаратов, безопасных для матери и плода.

Использование антибиотиков широкого спектра действия привело к развитию множественной антибиотикорезистентности микроорганизмов. В 80-е годы среди возбудителей ИМП доминировали *E.coli* и стафилококки. На сегодняшний день этиологическая значимость стафилококка снижается, но возрастает частота из мочи условно-патогенной микрофлоры [5,6,7].

По статистике 2016 года среди женщин города Алматы заболевшие инфекционными болезнями составляет 76% всего женщин Казахстана, заболевшими с вышеуказанными болезнями, в 2017 году эти показатели выросли до 81% [4].

Цель. Изучение резистентности микроорганизмов и определение более распространенных микроорганизмов при ББ у беременных женщин в г.Алматы.

Учреждение: Научно клинко-диагностическая лаборатория КазНМУ им. Асфендиярова.

Материалы и методы. Моча 59 беременных женщин, обследованных на базе университетской клиники №3, в течении 03.09.2018-31.03.2019 года. Бактериологическое исследование мочи, включающее определение микробного числа, бакпосев по методу Голда, чувствительности выделенных микробов к антибиотикам дискодиффузном методом. Бакпосев биоматериала (мочи) сделано согласно по приказу №535 от 22.04.1985 года.

Результаты и обсуждение. Согласно нашим исследованиям, основным возбудителем мочевых инфекций у беременных являются представители семейства *Enterobacteriaceae*, выделенные в 66,6% случаев (диаграмма 1).

Таблица 1

Возбудитель	Распространение среди беременных с болезнью ББ
<i>Escherichia coli</i>	33,3%

Staphylococcus saprophyticus	11,1%
Candida albicans	11,1%
Enterobacter aerogenes	33,3%
Acinobacter	11,1%

Как видно на таблице 1, наиболее, распространёнными возбудителями ИМП является E.coli и Enterobacter aerogenes выделенная у 33,3% беременных. Возбудители как Staphylococcus saprophyticus, Candida albicans и Acinobacter выделялись у 11,1% женщин. Эти результаты соответствуют литературным данным.

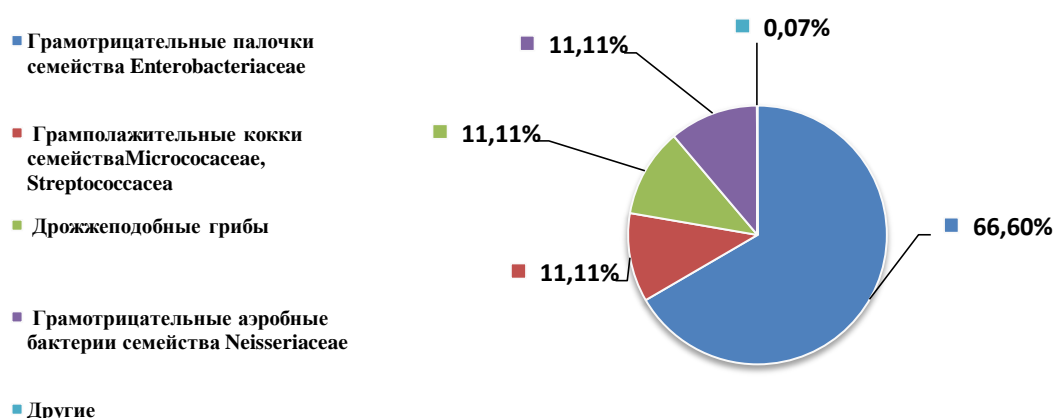


Диаграмма 1. Общая характеристика возбудителей мочевых инфекций у беременных

По результатам определения чувствительности выделенных штаммов данных микроорганизмов мы составили таблицу №3. Большинство штаммы микроорганизмов на данной таблице полирезистентно к антибактериальным препаратам. Это затрудняет подбор антибиотиков для лечения ББ у беременных (таблица 2).

Возбудитель	Ампициллин/ Сульбактам%	Цефазолин%	Цефтриаксон %	Цефтазидим %	Ципрофлоксацин %	Цефуроксим %	Гентамицин %
Escherichia coli	7	28,5	14,2	-	7	35,7	7
Staphylococcus	-	23,1	7,7	-	38,5	15,8	15,3

us saprophyticu s							
Enterobacter aerogenes	10,0	30,0	20,0	-	20,0	20,0	-
Acinobacter	-	40,0	-	-	20,0	20,0	20,0,
	Нистатин	Дифлю кна	Клотрим азол	Микоси ст	Низорал	-----	-----
Candida albicans	50,0	-	-	-	50,0	-----	-----

Следовательно, высокая частота выделения у беременных женщин штаммов возбудителей ИМП, резистентных цефазолину, ципрофлаксацину, цефуроксиму, не позволяет рекомендовать эти препараты для терапии ИМП во время беременности. По итогам нашего исследования основным возбудителем при ББ являлась *Escherichia coli*.

Внедрение в лечебную практику антибиотиков широкого спектра действия привело к развитию антибиотикорезистентности возбудителей ИМП. Самым эффективным показателем антибиотиков для лечения ББ у беременных являются цефалоспорины второго и третьего поколения. Правильно и своевременно поставленный диагноз при ББ это залог успеха в укреплении здоровья населения и получении здорового потомства.

Список литературы

1. <https://opochke.com/mochevyvedenie/bessimptomnaya-bakteriuriya.html> О.А. Пустотина, Бессимптомная бактериурия у беременных.-//Гинекология, Российский университет дружбы народов, Москва,-С.124-128.
2. Козырев. Ю.В., Густоварова Т.А., Рафальский В.В., Довгань Е.В., Некоторые лечебно-диагностические аспекты бессимптомной бактериурии при беременности//Вестник РУДН, Акушерство и гинекология,-2012,-№5.- С.86-87.
3. Министерство здравоохранения Республики Казахстан, «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2017 году»// Статистический сборник.-Астана.- 2018.-С.45-46.
4. Кулаков, В.И., Гуртовой,Б.Л., Емельянова, А.И. Научно-практические итоги диагностики и лечения пиелонефрита беременных и рожениц // Акушерство и гинекология-2005.-№ 6.- С.3-8.
5. Лопаткин, Н.А. руководство по урологии.-М., 1998.-Т.2.-С.334-347.
6. Практическая нефрология/ Под ред. проф. А.П. Полещука.-Киев, 1983-344 с.
7. Некрашевич Т.В., Чернова Н.Н., Коваленко Л.В., Мартыненко Л.И. Микробиологический пейзаж возбудителей инфекций мочевой системы у беременных г.Гродно.// ЖурналГрГМУ.-2006.-№2.-С.60-61.

8. Савичева А.М., Башмакова М.А. Микробиологические исследования в диагностике репродуктивно значимых инфекций// Журнал акушерства и женских болезней-1/2004.-С.16-20.

Хафизова Д.Б., 1-курс, кл. орд.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕДГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ ЖЕНЩИН С РЕПРОДУКТИВНЫМИ ПОТЕРЯМИ.

Научный руководитель: к.м.н., доц. Ихтиярова Г.А.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.
Узбекистан

Кафедра акушерства и гинекологии

Поражение репродуктивной системы женщин занимает одно из ведущих мест среди причин репродуктивными потерями. В связи с этим возникает необходимость внедрения лабораторного скрининга вирусно-бактериальных инфекций, морфологического и гормонального статуса, с репродуктивными потерями в анамнезе, для своевременной диагностики и патогенетической терапии в предгравидарном периоде

Цель. Изучить гистологические и морфологические изменения в плацентарной ткани у пациенток с репродуктивными потерями для улучшения исходов беременности и родов у женщин с репродуктивными потерями.

Материалы и методы. Нами было исследовано 90 беременных в сроке 14-22 недель с ОАА(отягощенном акушерском анамнезом) по потере беременности. Все беременные будут разделены на 3 группы:

I-Группа (основная) 30 беременных, которыми проводились этиологическая предгравидарная подготовка. II-Группа (контрольная) 30 беременных которые не было проведено предгравидарная подготовка и III-группа (сравнения) ретроспективная группа с ОАА с потерями беременности в сроке 14-22 недель.

Результаты. Среди женщин основной группы морфоструктурный анализ плаценты у женщин с репродуктивными потерями выявил бактериальные инфекции и воспалительный процесс с массивными отложениями фибриноидных масс в межворсинчатом пространстве, тотальное фибриноидное превращение отдельных ворсин наличие кальцификатов в сочетании с участками фибриноидного некроза свидетельствует об их роли во внутриутробной гибели плода. К патологическим изменениям плодных оболочек и участков плаценты, выявленных при некоторых видах патологии приводящие к развитию воспаления, относятся отек компактного слоя амниона. У женщин с репродуктивными потерями в виду рыхлой структуры соединительной ткани компактного слоя амниотическая оболочка иногда полностью отслаивалась, образуя в результате этого амниохориональные пространства, содержащие прослойки фибриноида.

Выводы. Заражение фетоплацентарной системы –которая является одной из основных причин самопроизвольных выкидышей, нередко вызывает внутриутробную гибель плода и преждевременные роды, служит ведущей причиной гнойно-септических осложнений у родильниц и входит в число наиболее значимых этиологических факторов неонатальной заболеваемости и младенческой смертности.

Хушвактов Б.С., 4-курс, Валидонова Д.В., 4-курс, Нарзиева З.Ш., 4-курс,
Сайдахмедова М.У., 4-курс

ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯ-ЗНАЧИМЫЙ ФАКТОР НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Научный руководитель: к.м.н., доц. Гайбуллаева Д.Ф.
Ташкентская медицинская академия. Узбекистан
Кафедра акушерства и гинекологии №1

Цель. Изучение взаимосвязи гипергомоцистеинемии и случаев прерывания беременности.

Материал и методы. Проведено проспективное обследование 52 женщин, среди которых у 62% (32) произошло прерывание беременности и 20 (38%) женщин без патологии. В основной группе 28% (P=0,17) женщин страдали привычным невынашиванием, в 63% (P=0,38) отмечался самопроизвольный выкидыш и в 9% (P=0,05) диагностировали неразвивающуюся беременность.

Всем женщинам проводили УЗИ беременности в I триместре беременности, определяли уровень гомоцистеина ИФА- методом.

Результаты. Возраст женщин контрольной группы составил $22 \pm 1,25$ и основной группы $26 \pm 1,02$. (P<0,05). Более старший возраст в основной группе объясняет проявление изучаемой патологии в связи с наличием экстрагенитальной патологии. В основной группе 28% (P=0,17) женщин страдали привычным невынашиванием, в 63% (P=0,38) отмечался самопроизвольный выкидыш и в 9% (P=0,05) диагностировали неразвивающуюся беременность. Во всех трех случаях неразвивающейся беременности уровень гомоцистеина превышал 16,5 мкмоль/л. Согласно литературным данным, уровень гомоцистеина в крови у небеременных женщин составляет 12,0 мкмоль/л. Для беременных этот показатель в норме несколько ниже-5,1 мкмоль/л. В группе с самопроизвольным выкидышем уровень гомоцистеина составил $13 \pm 2,34$ мкмоль/л (P<0,05). В контрольной же группе уровень гомоцистеина составил $6,32 \pm 1,45$ мкмоль/л.

Выводы: 1.Состояние невынашивания беременности сопровождается значительно повышенным уровнем гомоцистеина у беременных в I триместре беременности.

2. Всем женщинам, имеющим в анамнезе случаи прерывания беременности, необходимо определение уровня гомоцистеина до зачатия и на ранних этапах беременности в целях подготовки к зачатию и, в последующем,

осуществлять контроль гомоцистеина в течение беременности для выработки тактики и дальнейшего ведения.

Чехунова А.А., врач-интерн

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ЦИТОКИНОВ ПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ У БОЛЬНЫХ С ГЛУБОКИМ ИНФИЛЬТРАТИВНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Научный руководитель: д.м.н, проф. Щербина Н.А.
Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра акушерства и гинекологии №1

Эндометриоз является одним из самых многоликих и загадочных гинекологических заболеваний, к одной из основных особенностей которого следует отнести его способность к инфильтративному росту с проникновением в окружающие ткани с деструкцией последних.

Важность проблемы определена основными клиническими проявлениями у больных – синдромом хронических тазовых болей, нарушениями менструальной, генеративной функции, приводящих к потере трудоспособности социально активных женщин репродуктивного возраста.

Патогенез болезни продолжает оставаться неясным. Персистенция, имплантация и дальнейшая инфильтрация эндометриоидных гетеротопий могут происходить только при определенных условиях: повышении факторов потенцирующих инвазию гетеротопий в подлежащие ткани и органы, а так же недостаточности защитных факторов, которые могут способствовать лизису клеток.

Цель. Разработать патогенетически обоснованную иммуномодулирующую терапию на основании оценки цитокинового статуса, факторов роста у больных глубоким инфильтративным эндометриозом.

Материалы и методы. Проведено обследование 75 женщин с глубокими инфильтративными формами эндометриоза (инвазия на глубину более 5 мм).

Средний возраст пациенток составил $28,2 \pm 2,4$ года. Контрольную группу составили 32 здоровые фертильные женщины. Всем больным, кроме общепринятых клиничко-лабораторных, проводились иммунологические исследования.

Объектом исследования явилась перитонеальная жидкость (ПЖ), которую получали во время лапароскопического вмешательства. Концентрацию цитокинов в ПЖ в культуральной среде (супернатанте) определяли методом ИФА с использованием коммерческих тест-систем производства “Diaclone” (Франция).

Методом проточной цитофлуориметрии в формате СВА с использованием проточного цитофлуориметра Fax Canto II (Becton DicKinson, USA) и тест-систем, определяли факторы роста – FGF, TGF- β .

Результаты. У обследованных больных была обнаружена повышенная, по сравнению со здоровыми женщинами, спонтанная секреция основных

провоспалительных цитокинов (ФНО α , ИЛ-6), хемокина ИЛ-8 ($p < 0,05$) Так уровень ИЛ-6 был повышен в 1,7 раза и составил $174,1 \pm 30,9$ пг/мл; $83,7 \pm 9,4$ соответственно). Известна роль ИЛ-6, который избирательно блокирует апоптоз лимфоцитов, приводя к персистенции воспалительной функции [3]. Кроме того, известно, что ИЛ-6 может усиливать активность фибробластов, вызывая фиброз [2]. Так же отмечены повышенные уровни в 2,0 раза ФНО α и ИЛ-8, по сравнению с контрольной группой (ФНО α – $233,4 \pm 38,7$ пг/мл; $117,5 \pm 14,4$ пг/мл соответственно; ИЛ-8 – $243,8 \pm 25,1$ пг/мл; $118,4 \pm 12,2$ пг/мл соответственно).

Таким образом, развитие эндометриоза связано с нарушением цитокинового баланса. Повышенная продукция цитокинов с провоспалительными свойствами предопределяет развитие реакций в перитонеальной полости по иммуновоспалительному типу.

Учитывая, что ФНО α является синергистом факторов роста, способен ускорять пролиферацию клеток в гетеротопиях [1], мы посчитали необходимым изучить факторы роста. У больных глубоким инфильтративным эндометриозом уровень FGF, ассоциирующийся с ростом соединительной ткани, был в 1,5 раза выше, в сравнении с группой контроля и составил $58,2 \pm 0,3$ и $38,6 \pm 0,1$ соответственно. При этом уровень TGF β – у больных снижен в 1,9 раза, по сравнению с контрольной группой и составил $900,8 \pm 154,2$ и $1825,4 \pm 2,1$ соответственно. Сниженный уровень TGF β – может способствовать персистенции воспаления за счет отсутствия ограничения иммуносупрессии и бесконтрольному синтезу соединительной ткани.

Таким образом в патогенезе глубокого инфильтративного эндометриоза основными звеньями патогенеза могут являться персистенция воспалительной реакции, как фон для прогрессирования эндометриоза, неконтролируемый рост соединительной ткани и неоангиогенез.

Для эффективной терапии пациенток с глубоким инфильтративным эндометриозом и увеличения длительности безрецидивного периода, патогенетически обоснованным является включение в схемы комбинированного (оперативного и консервативного) лечения, иммуномодулирующей терапии препаратом, который повышает общую иммунореактивность организма и особенно Т-звена иммунитета – внутривенный иммуноглобулин человека нормальный.

Список литературы

1. Соколов Д.И., Кондратьева П.Г., Розломий В.Л., и др. Роль ангиогенеза в развитии наружного генитального эндометриоза // Цитокины и воспаление. – 2007. – № 2. – С. 10–17.
2. Rapkin A, Morgan M, Bonpane C, Martinez-Maza O. Peritoneal fluid interleukin-6 in women with chronic pelvic pain. *Fertil Steril*. 2000 Aug;74(2):325-8.
2. Velasco I, Acien P, Campos A, et al. Interleukin-6 and other soluble factors in peritoneal fluid and endometriomas and their relation to pain and aromatase expression. *J Reprod Immunol*. 2010;84(2):199-205.

Шаймерденова Г.Г., 1-курс, магистрант, Аштаева С.Т., асс.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Научные руководители: д.м.н., проф. Бекмуратов Е.Б., к.м.н. Тлеужан Р.Т.

Южно-Казахстанская медицинская академия, г.Шымкент, Казахстан

Кафедра терапевтических дисциплин

Несмотря на снижение заболеваемости туберкулезом в Республике Казахстан, на сегодняшний день туберкулез среди детей школьного возраста и беременных женщин имеет высокую эпидемиологическую значимость[1]. Отмечена распространенность заболевания среди «опасной группы», которая вызвана плохими социальными и бытовыми условиями, низким уровнем санитарии, образования и пропаганды[2,3]. В связи с этим, эпидемиологическая оценка состояния туберкулеза среди беременных женщин является требованием сегодняшнего дня.

Цель. Определить динамику заболеваемости туберкулезом среди беременных женщин Туркестанской области за 2016-2018 гг.

Материалы и методы. Работа проводилась областным противотуберкулезным диспансером и кафедрой терапевтических дисциплин на основе соглашения «Научное партнерство». Был проведен статистический анализ 111 пациенток за 2016-2018 годы. Результаты обработаны при помощи вариационной статистики и корреляционным способом на персональном компьютере.

Результаты и обсуждение. Количество заболевших туберкулезом среди населения Туркестанской области в 2016 году составила 1197 пациенток, из них 979 новых случаев – (81,8%), рецидив - 124 (10,4%), неуспешное лечение - 28 (2,3%), лечение после перерыва - 5 (0,4%) и др. - 61 (5,1%). Другие категории включают МТ (-), неудачное лечение МТ (-), внелегочный туберкулез (-), рецидивирующий туберкулез легких, лечение туберкулеза после перерыва и неудачное лечение туберкулеза. В 2017 году было 1127 пациенток, в том числе 983 новых случаев (87,2%), случаи рецидивов - 72 (6,4%), неудачное лечение - 9 (0,8%), лечение после перерыва- 4 (0, 3%) и другие виды туберкулеза - 59 (5,3%). Соответственно в 2018 году было 1084 пациентки, в том числе 923 новых случаев (85,1%), случаи рецидивов - 78 (7,3%), 13 (1,2%), лечение после перерыва- 8 (0,7%) и др. - 62 (5,7%). За анализируемые годы количество заболевших пациенток туберкулезом Туркестанской области снизилось до 5,7% (на 56 пациентов), а рецидивы туберкулеза - на 37,1% (до 46 пациентов). Это указывает на улучшение эпидемиологической ситуации с туберкулезом в области. Новые случаи заболевания туберкулезом являются эпидемиологически значимыми: в 2016 году встречается в 979 случаях первичный туберкулез, в том числе туберкулез легких - 419 случаев туберкулеза МТ (+), 316 случаев туберкулеза легких МТ (-) и 244 случаев внелегочного туберкулеза. В 2017 году зарегистрирован первичный туберкулез в 983 случаях, в том числе туберкулез легких МТ (+) - 263 случая, туберкулез легких МТ (-) - 501 случаев внелегочный туберкулез - 219 случаев. В 2018 году зарегистрировано 923

случая, из них первичный туберкулез легких МТ (+) в 248 случаях, туберкулез легких МТ (-) - 477 случаев и внелегочный туберкулез - в 198 случаях (рис. 1).

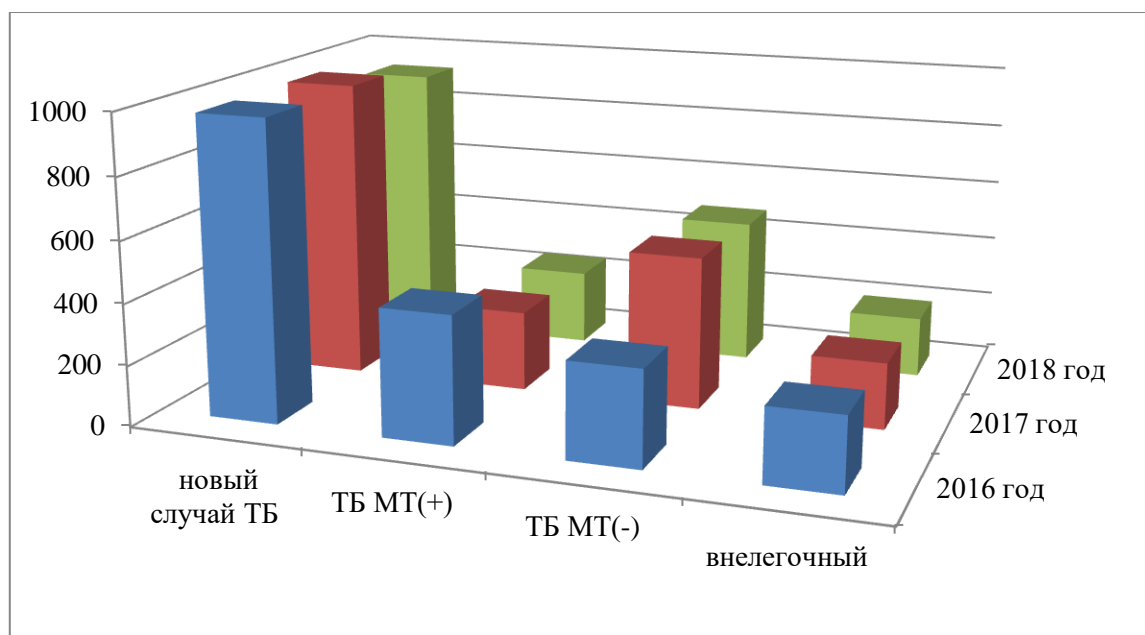


Рис.1 Показатель заболеваемости по туберкулезу среди пациенток Туркестанской области

Заболеваемость туберкулезом среди беременных в области в 2016 году показатель на 100 тысяч человек составил 0,58. В 2017 году уровень заболеваемости на 100 000 населения составляет 0,62, соответственно, в 2018 году показатель на 100 000 населения составляет 0,59. А к 2017 году на 100 тысяч человек в 21 случае составляет 0,82, а в 2018 году показатель на 100 тысяч человек составляет 0,75.

Выводы. В период 2016-2018 гг. заболеваемость туберкулезом среди населения Туркестанской области снизилась на 5,7%, рецидив заболеваемости туберкулезом - на 37,1%. Заболеваемость туберкулезом среди беременных женщин сохраняется на относительно высоком уровне в соответствующие годы.

Список литературы

1. Аимбеков А.К. Вопрос к эпидемиологии внутривенного туберкулеза в отделениях интенсивной терапии // Бюллетень МСОП, 2012, - № 2 (59), с.219-221.
2. Аимбетов Л.А., Сергазина А.О. Кафедра акушерства и гинекологии, Кафедра акушерства и гинекологии, Алматы, Казахстан // Вестник ЮКГФА, - 2013, - №4 (65), том II, - С.101-103.
3. Булешов М.А., Эскалиев А.А., Туманбаева А.М. Алгоритм организации противотуберкулезной профилактики среди школьников // Сборник международной научно-практической конференции, - Шымкент, - 2015, том I, - С. 281-284.

10-СЕКЦИЯ. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПЕДИАТРИИ

Абакумова Е.В., 2-курс

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА У НОВОРОЖДЁННЫХ

Научный руководитель: к.м.н., доц. Ефимова Е.Ю.

Волгоградский государственный медицинский университет. Российская
Федерация
Кафедра анатомии человека

Врожденные пороки сердца (ВПС) являются ведущей патологией среди заболеваний сердечно-сосудистой системы у детей [3]. В настоящее время регистрируется увеличение доли врожденных пороков сердца в общей структуре пороков развития, усиление влияния этой группы болезней на формирование младенческой смертности и инвалидности [1,2]. Это определяет остроту и актуальность вопросов организации медицинской помощи детям с врожденными пороками сердца.

Цель. На основании литературного обзора дать характеристику врожденным порокам сердца.

Материал и методы. Для достижения поставленной цели был проведен обзор научной литературы, размещенной на электронных ресурсах elibrary.ru

Результаты и их обсуждение. В процессе исследования было выявлено, что этиология врожденных пороков сердца (ВПС) разнообразна: генетическое наследование порока (мутации единичного гена, хромосомные aberrации); тератогенное воздействие вредных факторов (алкоголь, наркотики, инфекции, лекарственные средства) и т.д. В литературе представлено до 90 различных пороков сердца и около 200 их сочетаний. Однако, в перинатальной кардиологии наиболее целесообразна градация ВПС у плода в зависимости от постнатального прогноза. Соответственно с этим особо выделяют критические пороки периода новорожденности, требующие экстренного перевода в кардиохирургическую клинику (простая транспозиция магистральных сосудов, синдром гипоплазии правого и левого сердца, критическая коарктация аорты, атрезия дуги аорты, критический стеноз легочной артерии, критический стеноз клапана аорты, атрезия легочной артерии, сложные ВПС со стенозом легочной артерии) и дети с ВПС, требующие оперативного вмешательства в 1-й месяц жизни (общий артериальный ствол, тотальный аномальный дренаж легочных вен, единственный желудочек без стеноза легочной артерии, полная форма атриовентрикулярного канала без стеноза легочной артерии, корактация аорты, атрезия трикуспидального клапана).

Согласно данным мониторинга, полученным А.К. Искаковой А.К. с соавт. (2018), структуру врожденных пороков сердца представляют: дефект межпредсердной перегородки - 26,7%, дефект межжелудочковой перегородки - 22,8%, открытый артериальный проток - 7,4%, транспозиция магистральных сосудов - 7,1%, стеноз легочной артерии - 5,8%, тетрада Фалло - 5,3%,

незаращение или сохранившееся овальное отверстие - 4,0%. Остальные пороки (пороки развития аортального клапана и аорты, общий артериальный ствол, трехкамерное сердце с одним общим желудочком, коарктация аорты) составили в сумме 20,9%. В работе С.Н. Бениовой с соавт. (2017) установлена ассоциация между уровнем матриксной металлопротеиназы-9 в сыворотке крови новорождённых с клиническими проявлениями врождённого порока сердца в раннем неонатальном периоде; высокие уровни металлопротеиназы-8 могут свидетельствовать в пользу наличия внутриутробной инфекции у новорождённых с врождённым пороком сердца в ранний неонатальный период. Эти результаты демонстрируют, что этиологией порока развития сердца также могут являться внутриутробные инфекции.

Выводы. Анализ литературных источников показал, что диагностика ВПС и установление этиологии болезни позволяют классифицировать данную патологию, а современные скрининговые системы способны облегчить работу специалистам и качественно спланировать лечение.

Список литературы.

1. Зубцова Т.И., Васина Т.Н., Колесникова Ю.Г. и др. Врожденные пороки сердца у новорожденных Орловской области // В сб.: Проблемы диагностики и лечения «Учёные записки орловского государственного университета». Серия: естественные, технические и медицинские науки». – 2012. – № 6-1. – С.254-256.
2. Саидова В.Т., Сабирова Д.Р., Немировская Е.М., Миролюбов Л.М. Раннее выявление критических врожденных пороков сердца у новорожденных с помощью NT-probnp. // Практическая медицина. – 2013. – № 6(75). – С.144-146.
3. Емельянчик Е.Ю., Дробот Д.Б., Кириллова Е.П. и др. Тактика педиатра при критических ВПС у детей // Лечащий врач. – 2010. – №6. – С.28-30.
4. Бениова С.Н., Фиголь С.Ю., Корнилова О.А. и др. Клинико-патогенетические особенности врождённых пороков сердца у новорождённых с внутриутробной инфекцией // Казанский медицинский журнал. – 2017. – Т.98. – №2. – С.181-188.
5. Исакова А.К., Макжан А.Т., Корниенко Ю.Ю. и др. К проблеме факторов риска развития врожденных пороков сердца // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2018. – №5-1. – С.104-107.

Абдрахманова Г.З., 4-курс, Дедова Д.В., 4-курс

МЛАДЕНЧЕСКАЯ СМЕРТНОСТЬ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Научный руководитель: к.м.н., доц. Сидорова И. Г.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская Федерация

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения №1

Необходимо признать, что на сегодняшний день в Российской Федерации наблюдаются демографические проблемы связанные также и со смертностью детского населения. Наибольший интерес в разделе детской смертности

вызывает гибель детей на первом году жизни, или младенческая смертность. Младенческая смертность - актуальная медико-социальная проблема. Уровень данного показателя по Российской Федерации, так и в частности по Оренбургской области отражает социально-экономическое развитие нашего государства, а также позволяет оценить эффективность работы педиатрической и акушерской служб [1,3].

В нашей работе мы попытались выявить медико-социальные аспекты данной проблемы и предложить пути решения. На протяжении двух последних десятилетий, коэффициент младенческой смертности в стране довольно устойчиво снижается. В 2018 году тенденция снижения младенческой смертности сохраняется. За первое полугодие 2018 года в Российской Федерации умерло 4244 ребенка в возрасте до 1 года, что на 596 человек, или на 12,3% меньше, чем за тот же период 2017 года. Коэффициент младенческой смертности в пересчете на год снизился до 5,1‰ против 5,3‰ по данным за тот же период 2017 года (на 3,8% меньше). Изменения младенческой смертности в регионах России были разнонаправленными. Снижение коэффициента младенческой смертности в январе-июле 2018 года по сравнению с тем же периодом 2017 года наблюдалось в 42 из 85 регионов-субъектов федерации, в 42 регионах - его значение возросло, в одном регионе - Владимирской области – осталось на том же уровне.

Согласно последним данным госстатистики, в январе-июле 2018 года в Оренбургской области младенческая смертность сократилась на 1,8%. Смертность детей от отдельных состояний, возникших в перинатальном периоде, в 90% была обусловлена патологическим течением беременности, в 75% - патологическим течением родов, и в 41% - их сочетанием. В 35% случаев отмечалась поздняя постановка женщин на учет по беременности и в 15% - отсутствием их регулярного наблюдения в женской консультации.

По предварительным данным за 2017 год, при общем снижении младенческой смертности на 7,7% более существенно сократилась смертность от болезней органов пищеварения - на 25% (с 0,4% на 10 тысяч родившихся живыми в январе-декабре 2016 года до 0,4% в январе-декабре 2017 года), врожденных аномалий - на 10,7% (с 13,1% до 11,7%), состояний, возникающих в перинатальном периоде на 8,6% (с 31,4% до 28,7%). В меньшей степени сократилась младенческая смертность от внешних причин (на 7,1% - с 2,8% до 2,6%) и от болезней органов дыхания (на 4,3%, с 2,3% до 2,2% на 10 тысяч родившихся живыми). Отмечался рост младенческой смертности от некоторых инфекционных и паразитарных болезней – на 11% (с 1,8% до 2,0% на 10 тысяч родившихся живыми), прежде всего за счет сепсиса (с 0,5% до 0,6%). Смертность детей в возрасте до года от других причин снизилась на 3,6% (с 8,3% до 8,0% на 10 тысяч родившихся живыми). В связи с высокой медико-социальной значимостью младенческой смертности приоритетные направления ее снижения должны носить системный характер [2,4]. На дальнейшее снижение показателя смертности детей первого года жизни, прежде всего, влияет реализация законодательных актов об охране здоровья женщин и детей.

Для Оренбургской области характерны большая территориальная протяженность и низкая плотность расселения, поэтому доказана необходимость создания межрайонных перинатальных центров, что будет способствовать приближению специализированной акушерской и неонатальной помощи жителям отдаленных населенных пунктов.

Доказано, что приоритетными направлениями снижения младенческой смертности являются: улучшение материально-технического и кадрового обеспечения службы; развитие трехуровневой системы оказания медицинской помощи женщинам и детям; внедрение отраслевых стандартов и порядков оказания медицинской помощи; совершенствование неотложной и реанимационной помощи беременным, новорожденным и детям первого года жизни; реализация комплекса мер по выхаживанию новорожденных; обеспечение доступности высокотехнологичной медицинской помощи беременным, новорожденным и детям первого года жизни. Внедрение скрининга беременных, проведение неонатального скрининга, осуществление диспансеризации детей первого года жизни внесли существенный вклад в предупреждение смертности. Необходимо повысить качество как дородовых и послеродовых патронажей, так и патронажей новорожденных и детей в возрасте от 1 до 12 месяцев жизни.

Совокупность вышеуказанных данных говорит о том, что необходим переход на другой уровень здравоохранения (и не только в плане финансирования), способный бороться причинами смертности новорожденных, внедрять в широкую практику методики, предотвращающие смерть младенца.

Список литературы

1. Алтухова, Л.В. Медико-социальные аспекты состояния здоровья населения Оренбургской области: Автореферат дис. . к.м.н. - Москва, 2008. - 24 с.
2. Анализ и оценка деятельности учреждений здравоохранения, их подразделений и служб. - М.: Грантъ, 2002. - 504 с.
3. Баранов, А.А. Новые возможности профилактической медицины в решении проблем здоровья детей и подростков в России / А.А.Баранов [и др.]. - М., 2006. - 120 с.
4. Баранов. А.А. О резервах снижения смертности детского населения России / А.А.Баранов, В.Ю.Альбицкий, А.Г. // Вопросы современной педиатрии. - 2006. - Т.5. - №5. - С. 5-7.

Акопян М.Р., 6-курс, Гужова Д.Д., 6-курс, Антоненко Е.М., 5-курс
**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АСФИКСИЧЕСКОЙ ДИСТРОФИИ
ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У РЕБЕНКА**

Научный руководитель: к.м.н., доц. Карпова Е.Г.
Оренбургский государственный медицинский университет. Российская
Федерация
Кафедра госпитальной педиатрии

Асфиксическая дистрофия грудной клетки, или синдром Жена, - это сочетание костных аномалий с дистрофическим характером. Уже в младенчестве развиваются классические проявления: карликовость, узкая и короткая грудная клетка, короткие ребра с вздутыми передними концами в горизонтальном положении, короткие конечности и характерные рентгенологические изменения в ребрах и костях таза. Асфиксическая дистрофия грудной клетки- главная аномалия, обуславливающая в большинстве случаев смертельный исход. Это заболевание имеет семейный и наследственный характер, передается аутосомно-рецессивным путем. Частота 1:100000-130000 новорождённых.

Клинический случай. Мальчик, 8,5 лет (19.05.2009г.р.), впервые поступил в стационар ГАУЗ ДГКБ Оренбурга в октябре 2016 года с жалобами на малопродуктивный кашель, слабость, вялость.

Из анамнеза - ребенок родился от 4 беременности (первая беременность у матери закончилась смертью ребенка в первые часы жизни от СДР, от второй - здоровая девочка (1994г), 3 беременность – м/аборт), 3 срочных родов. При первом УЗИ плода, проведенном на 34 неделе данной беременности, были выявлены гипоплазия грудной клетки и укорочение конечностей, многоводие. Родился с массой тела 3190г (МТ), длиной тела 50см. Развивался с задержкой нервно-психического (НПР) и физического развития (ФР). Беспокоили частые респираторные заболевания, пневмонии (2 раза в год).

В возрасте 4-х лет, в г.Санкт-Петербург, у ребенка был выявлен порок развития грудной клетки – асфиксическая дистрофия (синдром Жена). Была проведена хирургическая коррекция: торакопластика слева, остеосинтез двумя титановыми пластинами (02.10.2014); декомпрессивная торакопластика справа с остеосинтезом двумя титановыми пластинами (24.02.16). Операции проводились во 2-ом хирургическом отделении клиники Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета. Тогда же был выставлен диагноз «хронический бронхолит». При поступлении в стационар в октябре 2016 года состояние было очень тяжелым за счет дыхательной недостаточности: вялый, тяжелая гипоксия - сатурация SpO₂ 54% (до транспортировки 62%); кожа бледно-синюшная, пастозность лица, голеней; одышка умеренная, смешанная, кислородозависим ("маска"5л/мин); в легких ослабленное дыхание, крепитация с обеих сторон; сердечные тоны приглушены, короткий систолический шум; печень +6,0 см, болезненная; МТ 15кг. Ребенок постоянно спал полусидя.

При обследовании: ОАК - умеренные воспалительные изменения, легкая железодефицитная анемия; Rg-графия органов грудной клетки - корни легких не структурны, левое легкое эмфизематозно, грудная клетка деформирована, установлена металлическая конструкция; сердце вытянуто, талия сглажена; ЭКГ-признаки нагрузки на ЛЖ и ЛП, синдром ранней реполяризации желудочков; ЭХО-КС - полость ЛП ↓ за счет сдавления извне, признаки легочной гипертензии (ЛГ) 46мм.рт.ст, ↑ полости правых отделов; УЗИ внутренних органов - картина гепатомегалии за счет правой доли, выраженные

диффузные изменения печени, поджелудочной железы, почек. Был выставлен диагноз «Хронический облитерирующий бронхолит, обострение, ДНПст. Синдром Жена. Системная дисплазия грудной клетки. Асфиксическая деформация грудной клетки. Двухсторонняя торакопластика. Легочное сердце, НКПВ (ШФК), вторичная ЛПст. Анемия легкой степени смешанной этиологии, гипохромная, дефицитная. Задержка ФР, НПР». Получал лечение: в/в панангин, глюкоза, эуфиллин, преднизолон, сульперазон, фуросемид; внутрь - преднизолон 1мг/кг/сутки, верошпирон, аспаркам, элькар, пентоксифиллин, АЦЦ; ингаляционно: амбробене, беродуал, пульмикорт, натрия хлорид 3%; кислородотерапия постоянно - "маска", 1-3л/мин. Выписан под наблюдение педиатра, пульмонолога, кардиолога, окулиста с рекомендациями продолжить лечение: преднизолон внутрь, верошпирон, силденафил, АЦЦ, мальтофер, ингаляции с пульмикортом, кислородотерапия по необходимости посредством кислородного концентратора 1-3 л/мин (контроль по пульсоксиметрии – не ниже 92%). В связи с обострением заболевания (усиление кашля, обструктивного синдрома, падение сатурации) повторно получал лечение в стационаре ГАУЗ ДГКБ в январе 2017г, в октябре 2017г. и в феврале 2018г. При поступлении в феврале 2018 года – МТ 18 кг.

Выводы. Такой редкий генетический порок, как асфиксическая дистрофия грудной клетки (или синдром Жена) можно заподозрить внутриутробно или в раннем детстве из-за типичных клинкорентгенологических признаков, с возможностью проведения хирургической коррекции, что позволяет улучшить жизненный прогноз.

Аметова Э.И., 4-курс, Семёнова К.А., 4-курс

ГИПОБАРОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Научный руководитель: д.м.н., доц. Алеманова Г.Д.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская

Федерация

Кафедра детских болезней

Бронхиальная астма (БА) – распространенное хроническое заболевание дыхательных путей. В развитии воспаления дыхательных путей при БА активно участвуют провоспалительные цитокины, которые влияют на тяжесть воспаления.

Цель. Изучить клинко-иммунологическую эффективность (ГБТ) при комплексном лечении детей с бронхиальной астмой легкой степени тяжести.

Материалы и методы. В исследование включены 20 больных в возрасте 5-16 лет, страдающих атопической БА легкой степени тяжести в периоде ремиссии, которые получили курс ГБТ. Для оценки клинического эффекта сравнивали основные клинические признаки БА (частота, тяжесть, длительность приступов обструкции, наличие ночных эпизодов, эффективность купирующих средств) и длительность ремиссии за годичный период до и после

курса ГБТ. Клинические признаки заболевания ранжированы в баллах. Хороший клинический эффект - при уменьшении степени выраженности клинических проявлений заболевания через год на 4 балла, удовлетворительный – на 3 балла. Отсутствие эффекта – если количество баллов не изменилось. Уровень ИЛ-4 в сыворотке крови определяли методом ИФА с использованием коммерческих тест систем «Протеиновый контур». Полученные данные обработаны статистическими методами с использованием программы "Биостатистика". Выявление статистических значимых различий в сравниваемых группах осуществлялось на основе критерия Стьюдента(t).

Результаты. При анализе клинической эффективности было выявлено, что хороший клинический эффект был отмечен у 78,5% больных, удовлетворительный – у 14,3% и неудовлетворительный – у 7,2% пациентов (наиболее часто отмечался хороший клинический эффект). Среднее значение содержания ИЛ-4 в сыворотке крови у детей с легкой степенью тяжести БА было статистически достоверно ($p \leq 0,005$) выше нормальных значений ($18,5 \pm 1,5$ пг/мл). В динамике через 3 месяца после ПБГ отмечалось достоверное снижение показателя (от $119,0 \pm 6,52$ до $34,55 \pm 9,63$ пг/мл, при этом показатель не достиг значения нормы).

Выводы. ИЛ-4 это основной цитокин, вовлеченный в патогенез аллергического ответа. В связи с этим снижение и нормализация показателя при легкой степени тяжести БА является одним из наиболее значимых иммунологических механизмов лечебного эффекта прерывистой гипоксии.

Бабажанова М., 1-курс

ФАКТОРЫ РИСКА РОЖДЕНИЯ МАЛОВЕСНЫХ ДЕТЕЙ

(По материалам Бухарского областного перинатального центра)

Научный руководитель: Исматова М.И.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.

Узбекистан

Кафедра анатомии, клинической анатомии (ОХТА)

Цель. Изучить факторы риска рождения маловесных детей для прогноза беременности и перинатальных исходов у беременных женщин.

Материал и методы. Нами был проведен ретроспективный анализ истории родов женщин за период от 2017 по 2018 гг. в Бухарском областном перинатальном центре с риском рождения детей с синдромом задержки внутриутробного развития. В основную группу вошли 111 женщин, родившие доношенного ребенка с синдромом задержки внутриутробного развития (массой тела при рождении менее 2500 г).

Результаты. Нами была предпринята попытка оценить этиологию ЗВУР, выделив рекомендуемые в литературе 4 основных группы факторов риска заболевания. Первая группа – социально –биологические факторы риска. Для этого уточнялись возраст рожениц, их профессия и род занятий. Выявлено, что в 4(3.6%) случаев отмечалось рождение детей с ЗВУР от возрастных

первородящих и в 24 (21,6%) случаев – от юных первородящих. При учете профессии и профессиональных вредностей выявлено, что большинство женщин 81 (72,9%) были неработающими (домохозяйками), в подавляющем большинстве случаев имеющих низкий материальный уровень в семье; 26 (23,4%) родильниц работающие, 4 (3,6%) родильниц были учащимися и студентками, у которых психологические и физические нагрузки, а также недостаточное и несбалансированное питание оказали крайне неблагоприятное воздействие на развитие плода. Вторая группа факторов риска представляет из себя так называемые материнские факторы, приводящие к задержке развития плода. Так, среди сопутствующих заболеваний матери в 9(8,1%) случаев отмечалась сердечно-сосудистая патология, в 2 (1,8%) случаев – воспалительные заболевания женских половых органов, в 7 (6,3%) случаев – эндокринные расстройства (диффузный зоб). Далее, по частоте встречаемости, отмечалась патология почек (хронический пиелонефрит) и инфекционные заболевания матери (гепатит, ОРВИ). Третья группа факторов –плацентарные факторы риска. Роды у пациенток протекали с осложнениями и характеризовались: дефектом развития плаценты - 2 (1,8%), обвитием пуповины вокруг частей тела ребенка - 17 (15,3%), маловодие - 20 (18,0%) пациенток. К четвертой группе факторов риска (плодовым факторам) относятся многоплодная беременность, хромосомные заболевания, наследственные аномалии обмена веществ, врожденные пороки развития, генерализованные внутриутробные инфекции. По данным ретроспективного анализа беременность осложнялось преэклампсией легкой и тяжелой степени у 31 (27,9%) женщин, ранними токсикозами в виде рвоты, слюнотечения у 14 женщин (12,6%). У 20 женщин (18,0%) беременность осложнялось угрозой прерывания беременности в основном в I и II триместре гестации. 85 женщин перенесла ОРВИ во время беременности, что составило 76,6%. По данным УЗИ у 5 женщин выявлена низкая плацентация (4,5%) и у 20 женщин маловодие, что составило 18,0%.

Выводы. 1. Состояние беременных и отклонения от нормального течения беременности отражается в антенатальном периоде на развитии плода.

2. Нормальное внутриутробное развитие плода зависит от оптимального уровня обменных процессов в организме матери. Изменение этих условий ведет к нарушению метаболизма и к кислородному голоданию плода, что в конечном итоге может быть причиной рождения маловесных детей.

Байбулатова Л.Р., 4-курс, Бакиева Э.А., 4-курс

ЗАВИСИМОСТЬ СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ АНЕМИИ БЕРЕМЕННЫХ

Научные руководители: д.м.н., проф. Попова Л.Ю., асс. Воронцова Н.А., к.м.н. Сенникова Ж.В.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская Федерация

Кафедра детских болезней, кафедра акушерства и гинекологии

Анемия - патологическое состояние, которое характеризуется снижением количества эритроцитов и/или гемоглобина в единице объема крови. Частота этого осложнения беременности наблюдается, по данным различных источников, у 18-75% (в среднем 56%) женщин. Очень важно, добившись выздоровления беременной, не прекращать лечения в течение 3 месяцев, так как предстоят роды с неизбежной кровопотерей, длительный период кормления ребенка грудью, что может вызвать рецидив анемии [1].

В среде специалистов преобладает точка зрения о том, что анемия любой природы, особенно выраженная и/или длительно текущая, оказывает неблагоприятное влияние на здоровье матери и плода. По данным ВОЗ (2001), анемия и дефицит железа у беременных ассоциируются с повышением материнской и перинатальной смертности и увеличением частоты преждевременных родов. Анемия может быть причиной рождения маловесных детей, что обуславливает рост заболеваемости и смертности новорожденных, пролонгирование родов и повышение частоты оперативных вмешательств в родах. Результаты метаанализа данных о влиянии анемии на течение беременности и ее исход свидетельствуют о том, что неблагоприятные эффекты зависят не только от анемии, но и от многих других факторов, учесть которые трудно и которые, в свою очередь, могут быть обусловлены анемией.

Общепринятым является мнение о том, что тяжелая анемия (НЬ lt; 70 г/л) отрицательно влияет на состояние матери и плода, приводит к нарушению функции нервной, сердечно-сосудистой, иммунной и других систем организма, увеличению частоты преждевременных родов, послеродовых инфекционно-воспалительных заболеваний, задержке внутриутробного развития плода, асфиксии новорожденных и родовой травме [2].

По данным МЗ РФ за последние 10 лет частота увеличилась в 6,3 раза. Около 90% всех анемий у беременных приходится на долю железодефицитной (ЖДА). По некоторым авторам анемией страдает примерно 56% беременных в зависимости от места жительства и социально-экономического положения. Причем частота увеличивается к 3 триместру [3]. У беременных с анемией наблюдается высокая частота изменений фетоплацентарной системы, проявляющаяся нарушением структуры и толщины плаценты (47,6%), отставанием показателей фетометрии от гестационных норм (33,3%), нарушением кровотока в системе мать-плацента-плод (21,0%) и снижением адаптации плода (41,0%). Частота и выраженность изменений, их динамика в процессе лечения зависят от степени тяжести анемии.

Беременность и роды у пациенток с анемией в большинстве случаев носят осложнённый характер: угроза невынашивания в 2 раза, гестоз и аномалии родовой деятельности в 1,5 раза, средняя кровопотеря в 1,3 раза превышают показатели в контрольной группе. Негативное влияние анемии во время беременности на состояние детей при рождении и постнатальную адаптацию новорождённого зависит от тяжести анемии: в асфиксии рождается каждый десятый ребенок пациенток с анемией лёгкой степени, и каждый шестой с

анемией средней степени тяжести. Почти у каждого третьего новорожденного 30 (28,6%) анемия имеется уже при рождении; причем при среднетяжелой анемии в 1,5 раза чаще, чем при лёгкой [4].

Приведенные данные показывают необходимость в эффективной профилактике и лечении анемии беременных.

Цель. Изучить зависимость состояния новорожденных от степени тяжести анемии беременных.

Материалы и методы. Анализ 120 историй беременных и новорожденных, разделенных на 3 группы: с анемией легкой, средней и тяжелой степеней тяжести (n=40, в каждой группе). Исследование проводилось на базе ГАУЗ «ООКБ № 2», Областного перинатального центра.

Результаты. В группе беременных с анемией легкой степени тяжести у 80% (n=32) новорожденных оценка по шкале Апгар составила 8-10 баллов, у 15% (n=6) – 6–7 баллов, 5% (n=2) были оценены на 4–5 баллов, 1–3 балла – отсутствуют. Новорожденных до 3000 г – 25% (n=10), 3001–3999 г – 60% (n=24), свыше 4000 г – 15% (n=6). Установлено, что у беременных с анемией средней степени тяжести новорожденные, оцененные на 8–10 баллов составили 72,5% (n=29), 6–7 баллов – 22,5% (n=9), 4–5 баллов – 5% (n=2). Детей до 3000 г – 20% (n=8), 3001–3999 г – 70% (n=28), свыше 4000 г – 10% (n=4). В группе беременных с тяжелой анемией: на 8-10 баллов по шкале Апгар оценены 72,5% (n=29) новорожденных, 6–7 баллов – 20% (n=8), 4–5 баллов – 5% (n=2), 1–3 балла – 2,5% (n=1). Новорожденных до 3000 г – 30% (n=12), 3001–3999 г – 62,5% (n=25), свыше 4000 г – 7,5% (n=3). Анализ показал, что общее количество новорожденных с синдромом задержки развития плода – 25% (n=30). У детей, рожденных на сроке гестации менее 37 недель (11,7%, n=14), отмечался РДС, требующий респираторной поддержки в отделении реанимации – 50% (n=7), 4,2% (n=5) имели синдром дезадаптации. Врожденные пороки развития выявлены в 7,5% (n=9) случаях: кисты сосудистых сплетений, венрикуломегалия, киста грудной полости, мегауретер, пороки сердца. Большинство детей 90% (n=108) находились на совместном пребывании после родоразрешения, а 10% (n=11) госпитализированы в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН).

Выводы. Низкая масса новорожденных чаще имела место у беременных с тяжелой анемией. У детей, рожденных от матерей с анемией в период беременности, преобладали синдром задержки развития плода и респираторные нарушения. При дефиците железа у беременных увеличивается риск развития осложнений в родах, а при отсутствии своевременной и адекватной терапии может возникнуть дефицит железа и у плода. Для профилактики отклонений в состоянии здоровья новорожденных необходим контроль, своевременная терапия анемии и проведение прегравидарной подготовки с выделением групп риска по возникновению анемии.

Список литературы

1. Савельева Г.М. Акушерство / Г.М. Савельева, В.И. Кулакова, А.Н. Стрижаков и др.: под ред. Г. М. Стрижаковой - М.: Медицина, 2000.- 358 с.

2. Венцовский Б.М. Акушерство/Б.М. Венцовский, Г.К. Степановская, Н.Е. Яроцкий -Киев: Медицина, 2010 -196 с.
3. Хитров М.В. Анемия беременных. Пособие для врачей и интернов / М.В. Хитров, М.Б. Охупкин, И.Н. Ильяшенко - Ярославль, 2004-20с.
4. Мрачковская М.В. Перинатальные исходы у беременных с железодефицитной анемией: автореф. дисс. канд. мед. наук, Смоленск, 2004 - 21с.

Бендженова Б.Б., 6-курс, Баглышев Е.В., кл. орд., Ибрагимова П.Р., кл. орд.

ДИНАМИКА ТЕЧЕНИЯ АРТРИТОВ У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОТОКОЛОВ ТЕРАПИИ

Научный руководитель: к.м.н., доц. Степанова О.В.

Волгоградский государственный медицинский университет. Российская
Федерация
Кафедра детских болезней

Значимость проблемы ревматологических заболеваний определяется как неуклонным ростом их распространенности во всем мире, так и тем, что большинство из них дебютирует в детском и подростковом возрасте, вызывая затруднения в ранней диагностике и приводя к пожизненной инвалидности [1].

Цель. Определить клинические особенности течения ревматоидного и реактивного артритов, оценить эффективность терапии на современном этапе лечения генно-инженерными препаратами.

Материалы и методы. Проведен анализ 264 историй болезней детей от 1 мес до 18 лет: 41 (37%) мальчика, 69 (63%) девочки, больных ревматоидным артритом (РА) и 79 (51%) мальчиков, 75 (49%) девочки больных реактивным артритом (РеА), находившихся на лечении в ревматологическом отделении ГУЗ ДКБ №8 г. Волгограда (2005-2007гг. и 2015-2017гг.). Статистическую обработку данных осуществляли с помощью пакета программ «Microsoft Office Excel 2010».

Результаты. Системный вариант РА встречался у 25 (23%) больных, полиартикулярный вариант у 69 (62%), олигоартикулярный вариант у 16 (15%) детей. За период 2005-2007г. первичная госпитализация по поводу манифестации РА составила 19 (41,2%) случаев, повторная 27 (58,7%), а в период 2015-2017г – 8 (12,5%) и 56 (87,5%) ($p < 0,05$) случаев соответственно. У детей с олигоартикулярным вариантом РА чаще поражались коленные суставы- 8 (50%) детей, реже- коленные и голеностопные: 4 (25%), тазобедренные суставы: 3 (18,7%), изолированно голеностопные суставы: 1 (6,3%). При полиартикулярном варианте РА поражение мелких суставов кистей рук, коленных, голеностопных суставов отмечено у 40 (58%) детей; локтевых, тазобедренных, голеностопных суставов- у 10 (14,5%); коленных, тазобедренных, голеностопных суставов у 14 (20,3%); мелких суставы кистей рук, коленных, тазобедренных, голеностопных, локтевых суставов у 4 (5,8%) детей; височно-нижнечелюстного сустава и шейного отдела позвоночника 1

(1,4%). У детей с РеА: коленные суставы поражались у 93 (60%) детей, тазобедренные суставы- у 29(19%), голеностопные суставы- у 10 (6,5%), комбинированное поражение (тазобедренные, голеностопные, коленные суставы) наблюдалось у 22 (14,5%) детей. В лечение детей с РА (2005-2007 г.) в 61% случаев использовался ибупрофен с положительной динамикой у небольшого числа детей (28,6%) на 8 сутки, метотрексат назначался в 39,1% случаев и эффект достигнут у 22,3% больных на 12 сутки. Базисным препаратом в лечении детей с полиартикулярным вариантом РА(2015–2017г.) являлся метотрексат с положительным эффектом у 19,4% больных на 7 сутки. При использовании комбинации метотрексата с генно-инженерным препаратом Актемра (Тоцилизумаб) в лечении детей с системным вариантом РА положительная динамика наблюдалась у 28,6% больных на 5 сутки. За период 2015-2017гг. в лечении 14 (21,8%) детей с РА использовался ибупрофен - положительная динамика наблюдалась у 57,2% больных на 14 сутки. Стоимость случая первично заболевших РА составило 84060р. при максимальной продолжительности пребывания 30 дней, при минимальной продолжительности пребывания 14 дней - 39228р. У повторно заболевших стоимость составило 39228р. при максимальной продолжительности пребывания 14дней и при минимальной продолжительности пребывания 7 дней - 19614 р.

Выводы. Выявлено меньшее количество случаев первично госпитализированных детей с ревматоидным артритом, более быстрое достижение терапевтического эффекта на фоне современной терапии при меньших экономических затратах.

Список литературы

1. Руководство для врачей, преподавателей, научных сотрудников: Ювенильный ревматоидный артрит. Этиология, патогенез, клиника, алгоритмы диагностики и лечения. Е.И.Алексеева, П.Ф. Литвицкий.

Воронцова А.А., 6-курс

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ. СЕМЕЙНАЯ СРЕДИЗЕМНОМОРСКАЯ ЛИХОРАДКА

Научный руководитель: к.м.н., доц. Тарасенко Н.Ф.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская Федерация

Кафедра госпитальной педиатрии

Семейная средиземноморская лихорадка (ССЛ), Периодическая болезнь (ПБ) - моногенное наследственное заболевание с аутосомно-рецессивным типом наследования, характеризующееся спонтанными возвратными приступами лихорадки и асептическим воспалением серозных оболочек – полисерозитов. Основное и наиболее тяжелое осложнение-системный амилоидоз, второе осложнение - спаячная болезнь.

ПБ распространена в популяции средиземноморского происхождения: еврей-сефарды, арабы, армяне, турки. Являясь полиэтническим государством,

на территории России проживают представители армянского народа, Северного Кавказа и Закавказья. Поэтому для российской медицины проблема ССЛ актуальна. Причиной ПБ является мутация гена MEFV. Мутация локализована в коротком плече 16 хромосомы, кодирует белок пирин или маренострин (П/М). Белок П/М экспрессируется в основном в лейкоцитах и регулирует воспалительный ответ посредством активации каспазы-1 и синтеза высокопотентного медиатора воспаления – интерлейкина 1β (IL- 1β).

Ключевой функцией П/М является торможение интенсивности воспалительного ответа, опосредованного гранулоцитами. Мутантный белок теряет способность контроля над воспалительным процессом, что приводит к усиленной и бесконтрольной миграции лейкоцитов в серозные мембраны, чрезмерной продукции провоспалительных цитокинов, развитию серозного воспаления и приступа болезни. Для диагностики ПБ у детей разработаны специальные турецкие педиатрические критерии: лихорадка - температура в аксиллярной области $38,0^{\circ}\text{C}$ в течение 6-72 ч, ≥ 3 эпизодов; боль в животе- продолжительность 6-72 ч, ≥ 3 эпизодов; боль в грудной клетке- продолжительность 6-72 ч, ≥ 3 эпизодов; артрит - продолжительность 6-72 ч, ≥ 3 эпизодов, олигоартрит; наличие в семье пациентов с ССЛ.

Основой лечения является назначение колхицина. В случаях колхицин-резистентности, либо его непереносимости используются ГИБП - ингибиторы ИЛ1. В Российской Федерации среди этих препаратов доступен канакинумаб. В настоящее время ССЛ успешно лечится, прогноз благоприятный.

Клинический случай. Мальчик 10 лет на приеме у участкового педиатра с жалобами на повторяющиеся эпизоды болей в коленных, правом локтевом суставах, утреннюю скованность до 15-30 мин, выраженную слабость.

Из особенностей анамнеза жизни: ребенок от 7 беременности, протекавшей с гестозом, на фоне миомы матки. Раннее развитие нормальное, детскими инфекциями не болел, привит по национальному календарю прививок. Оперативные вмешательства: грыжесечение (паховая грыжа) в возрасте 3 лет, вскрытие перидентального абсцесса в возрасте 7 лет.

Аллергоанамнез: поливалентная бытовая, пищевая, пыльцевая аллергия.

Семейный анамнез: по ПБ, хронической почечной недостаточности и ревматической патологии не отягощен. Старшие дети в семье здоровы. Этническая принадлежность – отец армянин, мать – татарка/украинка.

Из анамнеза настоящего заболевания: с возраста 3-х лет повторные эпизоды подъема температуры до 39°C продолжительностью 4 дня, сопровождающиеся ознобом, умеренно выраженными болями в околопупочной области, коленных суставов без опухания. Число эпизодов в год – до 7, расценивались как ОРЗ. Продолжались в период 2009-2015г, в 2016г фебрильных эпизодов не отмечалось, имели место повторяющиеся боли в коленных суставах. Повышения острофазовых маркеров не фиксировалось (соответствующие анализы делались редко). С 7 лет – замедление физического развития, плохая прибавка в весе.

В начале года пациент оперировался дважды по поводу гидатицы Морганьи и лигатурного свища левой половины мошонки. В общем анализе крови незначительный лейкоцитоз, СОЭ 60-70 мм/час, УЗИ выявило увеличение внутрибрюшных лимфоузлов, выпот в левом локтевом суставе. Затем появились мелко-папулезные сливные высыпания в периорбитальных областях и по ходу ветвей нижней челюсти, боли в суставах. Также отмечен единственный эпизод афтозного стоматита с болезненными язвами. В течении года двукратно отмечался фебрилитет, боли в животе и суставах, во время приступа отмечались незначительный лейкоцитоз, повышение СОЭ до 48 мм/ч, повышение СРБ до 192 мг/л. Во втором случае приступ самостоятельно купировался. Проводилась дифференциальная диагностика с инфекционными заболеваниями, результаты отрицательные. При УЗИ выявлена гепатоспленомегалия. Трепанобиопсия костного мозга данных за онкогематологическое заболевание не дает. Предположительный диагноз: Диффузные заболевания соединительной ткани (СКВ? Болезнь Бехчета?).

Повторно выполняется скоротомия из-за выявленной гиперемии и резкая болезненности. Проведено лечение: амикацин внутривенно, инфузионная терапия. Температура нормализовалась. После выписки через неделю рецидив лихорадки и появление артрита левого локтевого сустава, отечность и гиперемия с синюшным оттенком по сгибательной поверхности обоих лучезапястных суставов, опухание и цианотическая гиперемия правого голеностопного сустава, затем по задней поверхности голени по ходу сосудов болезненные розовые узелки. HLA B27-антиген отрицательный. АТ к кардиолипину IgG и IgM в низких титрах. Поставлен диагноз: Узелковый полиартрит с преимущественным поражением периферических сосудов. Лечение: антибактериальная терапия, НПВП, дезагрегантная терапия, преднизолон, метотрексат. На фоне терапии полностью купировался суставной синдром и узелки. Пациент консультирован заочно по документам профессором клиники «Хадасса» Израиль Я.Беркуном. Предположен диагноз Семейной средиземноморской лихорадки. Рекомендована отмена метотрексата, назначение колхицина. Молекулярно-генетическое полногеномное исследование гена MEFV патогенных мутаций не выявило.

В конце года пациент поступил в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, где диагноз ССЛ подтвержден и верифицирован в соответствии с критериями (рецидивирующая лихорадка, боли в животе, артрит, рецидивирующие боли в мошонке, повышение острофазовых маркеров, этническая принадлежность). В качестве терапии показан длительный прием колхицина. За время пребывания в стационаре состояние пациента оставалось стабильно удовлетворительным. На слизистой оболочке нижней губы появилась единичная безболезненная афта, сохраняющаяся на момент выписки.

В начале следующего года пациент лечился в аллергоцентре по поводу ангионевротического отека. Отмечалось повышалась СОЭ до 30мм/ч, появление отека голеностопных суставов, через 1 неделю появилась лихорадка, через 2 недели отмечалось нарастание болевого синдрома. Направлен в ОДКБ

Оренбурга, проведение лечение: преднизолон, тромбоАСС, метотрексат. Выписан с улучшением. В марте снова вырос суставной синдром, появилась лихорадка. Направлен на обследование в ревматологическое отделение Оренбургской ОДКБ, проведена пульс-терапия преднизолоном. Выписан без жалоб с нормализацией лабораторных показателей. Рекомендованное лечение получает в полном объеме. Последняя госпитализация в ОДКБ в сентябре с лечебно-диагностической целью. В лечении продолжить метотрексат, постепенное снижение дозы преднизолона.

Диагноз основной: Наследственный семейный амилоидоз без невропатии. Семейная средиземноморская лихорадка, смешанная форма, неактивная стадия.

Несмотря на полное комплексное обследование в ФГБНУ НИИР им. В.А.Насоновой, консультацию профессора клиники «Хадасса», многочисленные консультации соответствующих специалистов г.Оренбург, базисное лечение пациент не получал в связи с категорическим отказом родителей. Пациент получает следующее лечение: преднизолон, метотрексат, фолиевая кислота, ТромбоАСС, пентоксифиллин.

Горошникова А.Ю., 6-курс, Роткина Т.В., 6-курс, Невиницына Д.А., 6-курс

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ

Научный руководитель: к.м.н. Суетина И.Г., Зорина С.А., зав. педиатр.отд.

КОГБУЗ «КОДКБ»

Кировский государственный медицинский университет. Российская Федерация
Кафедра педиатрии

Анемия Фанкони-редкое наследственное аутосомно-рецессивное заболевание, с варибельной пенетрантностью и генетической гетерогенностью. Известно 19 генов, ответственных за развитие заболевания. Частота рождения детей с данной патологией 1:300 000 новорожденных. Для анемии Фанкони характерно угнетение всех ростков гемопоэза и врожденные аномалии развития.

Цель. Изучение клинического случая, пациенток с диагнозом анемия Фанкони.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились две девочки 4 лет и 12 лет с диагнозом анемия Фанкони. У первого ребенка была выявлена гетерозиготная мутация гена FANCD2, тромбоцитопения. У второй пациентки была диагностирована терминальная стадия анемии Фанкони.

Результаты. У обоих наблюдаемых детей отмечалась в анамнезе низкая масса тела при рождении, с дальнейшим отставанием в физическом и нервно-психическом развитии. Наиболее характерными для обеих пациенток являются следующие врожденные аномалии развития: сходящееся косоглазие, полидактилия левой кисти, синдактилия II-III пальцев обеих стоп. При этом у первой пациентки диагностированы: хронический тубулоинтерстициальный нефрит, гипопитуитаризм, соматотропный гормональный дефицит, вторичный

гипотиреоз, ВПС, состояние после клипирования открытого артериального протока (2014 год). У второй пациентки наблюдался: ДВС - синдром (клинико-лабораторный), носовые кровотечения, полиорганная недостаточность, дыхательная недостаточность 3 степени, печеночно-почечная недостаточность, острая сердечно-сосудистая недостаточность, гастроинтестинальная недостаточность, отечный синдром.

При лабораторном обследовании в клиническом анализе крови у обеих пациенток выявлена анемия нормохромная, макроцитарная, гипорегенаторная, тромбоцитопения, лейкопения. Во время госпитализаций пациентки находились на консервативном лечении: гемотрансфузионная заместительная терапия, системные ГКС и антибиотики. Первой пациентке, наряду с основным лечением был назначен гормон роста, на фоне которого отмечались положительные результаты (увеличение роста и улучшение аппетита). Однако учитывая нарастание уровня креатинина в крови, терапию гормоном роста, в связи с этим, временно прекратили. На фоне проводимого лечения у первой девочки, наблюдается положительная динамика при отсутствии дальнейшего прогрессирования заболевания. У второй пациентки, не смотря на проводимое лечение, отмечалась отрицательная динамика. Констатирована смерть, причиной которой является ДВС-синдром (клинико-лабораторный), носовые кровотечения, полиорганная недостаточность, дыхательная недостаточность 3 степени, печеночная недостаточность, почечная недостаточность, острая сердечно-сосудистая недостаточность, гастроинтестинальная недостаточность, отек легких, асцит, гидроторакс, отек головного мозга.

Одним из факторов, который привёл к летальному исходу, явилось отсутствие аллогенного донора гемопоэтических стволовых клеток.

Выводы. Данный клинический случай является примером редкого заболевания анемии Фанкони.

Джолдошева Л.Р., 5-курс, Клесова Е.С., кл.орд., Шахова Т.С., кл.орд.

К ВОПРОСУ О НАСЛЕДСТВЕННОМ НАРУШЕНИИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ДЕТЕЙ

Научный руководитель: к.м.н., доц. Тарасенко Н.Ф.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская

Федерация

Кафедра госпитальной педиатрии

Галактоземия – наследственное аутосомно-рецессивное заболевание обмена углеводов, при котором в организме накапливается избыток галактозы и её метаболитов (галактозо-1-фосфата и галактитола). Частота встречаемости в России – 1:20 000 новорождённых.

Цель. Анализ клинико-лабораторной картины ребенка с галактоземией I типа.

Материал и методы. Анализ истории болезни мальчика М., 2 месяцев, находившегося на лечении в стационаре ГАУЗ «ДГКБ» г. Оренбурга в 2017 году.

Результаты. Ребенок поступил с жалобами на вялость, увеличение объема живота, иктеричность кожи и склер. В анамнезе - ребенок от II беременности на фоне гестационного сахарного диабета, II срочных родов в 40 недель. При рождении масса тела 4050 г, длина 55 см, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Выписан на 3 сутки в удовлетворительном состоянии. Находился на грудном вскармливании. Состояние ухудшилось на 7 день жизни - выросла желтуха, появились вялость, мышечная гипотония, угнетение рефлексов. В очень тяжёлом состоянии - за счет гипербилирубинемии, неврологической симптоматики - был госпитализирован в Перинатальный центр г.Оренбург, где на основании результата неонатального скрининга - галактоза общая 84,6 мг/дл (N-7,1мг/дл), ГАЛТ 1,8 Ед (N>3,5 Ед), клиники - вялое сосание, срыгивание, рвота, нарастание желтухи, увеличение печени до 2 см; консультации генетика выставлен диагноз «Галактоземия I типа». Выписан в удовлетворительном состоянии, рекомендовано кормление безлактозной смесью. Однако, на фоне кормления смесью НАН-безлактозный у ребенка появились проявления атопического дерматита. В связи с этим мама перевела ребенка на грудное вскармливание, которое продолжалось в течение месяца.

При поступлении в ГАУЗ «ДГКБ» состояние тяжелое за счет неврологической симптоматики, интоксикации. В сознании, реагировал на осмотр. Большой родничок 2,5x2,5 см, не напряжен. Менингеальной и очаговой симптоматики, глазных симптомов не было. Кожа чистая, бледно-иктеричная, на передней брюшной стенке расширена венозная сеть, выражена мышечная гипотония. В легких дыхание жесткое, хрипов не было. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот значительно увеличен в объеме. Гепатомегалия, асцит. Печень пальпировалась на 8 см ниже края реберной дуги, селезенка – на 5 см. При обследовании: легкая анемия (Hb-99г/л); гипопроteinемия, гипоальбуминемия (общий белок-47г/л, альбумины-42%), гипербилирубинемия (Общий билирубин-111 мкмоль/л: прямой-78,7, непрямой-32,3 мкмоль/л), АлАТ-45 Ед/л, АсАТ-92 Ед/л; протромбиновый индекс-66%; маркёры вирусных гепатитов отрицательны. УЗИ внутренних органов: свободная жидкость во всех отделах брюшной полости, в малом тазу - около 50 мл, по правому боковому карману - около 45 мл, по левому боковому карману - около 70 мл, вокруг печени – выпот 10 мл; область надпочечников не изменена. Диффузные изменения в печени, гепатомегалия, дисхолия, гидроперитонеум. НСГ: дилатация затылочных рогов, субэпендимальное кровоизлияние слева, постгипоксические изменения головного мозга, неоднородность сосудистых сплетений. Повторно консультирован генетиком, выставлен диагноз «Галактоземия I типа (генетически подтвержденная). Печеночно-клеточная недостаточность. Асцит. Геморрагический синдром. Нельзя исключить портальную гипертензию». Был переведен на смесь Симилак-соя. Проведено лечение: внутривенно - альбумин, СЗП, иммуновенин,

эритроцитарная взвесь, амикацин, цебанекс, глюкоза 10% и 20%, инсулин, аминовен 10%, раствор NaCl 0,9%, панангин, фуросемид, дексаметазон, преднизолон, гордокс, гепарин, этамзилат натрия, транексам, гептрал, викасол, но-шпа, релиум, анальгин; внутрь - урсофальк, креон, смекта, элькар, ацикловир, флуконазол, мальтофер, верошпирон; ректально - виферон 150000МЕ. Выписан с улучшением.

При выписке рекомендовано наблюдение педиатра, генетика, офтальмолога, невролога. Продолжить строгую диету с исключением галактозы/лактозы (пожизненно!): вскармливание смесью на основе изолята соевого белка (Беллакт соя, Симилак, Изомил, Нутрилон соя, Нутрилак соя). При их непереносимости – безлактозные казеинпредоминантные молочные смеси (Нутрилак безмолочный, Энфамил 0 лакт). Исключить все виды молока и молочных продуктов. Исключить продукты, содержащие галактозиды (бобовые, шпинат, какао, орехи, шоколад) и нуклеопротеины (яйца, печень, почки, мозги и др. субпродукты). Введение прикорма (с 4 до 6 месяцев) – безмолочные продукты и блюда: безмолочные каши на основе кукурузной, рисовой или гречневой муки, затем овощное и фруктовое пюре. Мясной прикорм (с 6 месяцев) – специализированные детские мясные консервы промышленного выпуска, не содержащие молока и его производных, с содержанием в них галактозы не более 5 мг на 100 г. Катамнез в 1 год 8 месяцев: ФР и НПР соответствуют возрасту. Однако, по УЗИ - сохраняется умеренная гепатомегалия, изменения структуры печени и камень желчного пузыря.

Выводы. Несмотря на позднее начало лечения данного ребенка – с 2-х месяцев жизни (при своевременно поставленном диагнозе «Галактоземия 1 типа»), адекватный подбор этиопатогенетической дието- и этиотропной терапии сопутствующих заболеваний, позволил достичь компенсации врожденного дефекта метаболизма галактозы и оптимизировать прогноз отдаленного развития ребенка.

Донабоева З.Ж., 5-босқич

ЭРТА НЕОНАТАЛ ЎЛИМ СТРУКТУРАСИ ВА САБАБЛАРИ

Илмий раҳбар: асс. Худоярова Д.Р.

Самарқанд давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон

Акушерлик ва гинекология кафедраси

Мақсад. Патологоанатомик текшириш натижалари асосида эрта неонатал ўлим структураси ва сабабларини ўрганиш. Эрта неонатал ўлимни камайтиришга қаратилган профилактик чора-тадбирлар ишлаб чиқиш.

Материал ва услублар. Анамнезини йиғиш, ҳомиладорликнинг клиник кечиши хусусиятларини ўрганиш, УТТ дан фойдаланиш ва олинган макропрепаратни морфологик текшириш. Статистик таҳлиллар ўтказиш. Самарқанд давлат тиббиёт институти патанатомия кафедрасига 2017 йилда 1-

сон туғруқ мажмасыда ўлик туғилган ва ўлган 27 нафар чақалоқлар патологоанатомик текшириш натижалари асосида ўрганилди.

Натижалар. Самарқанд вилоятида ПЎ кўрсаткичи 2014 йил 581 (7,8), 2015 йил 603 (7,8), 2016 йил 671 (8,1) ва 2017 йил 726 (8,8) ни ташкил қилди. Эрта неонатал ўлим (ЭНЎ) 27 ҳолат кузатилди. Ҳомиладорликнинг 22-24 ҳафталик муддатида 3 нафар чақалоқларда кузатилган. ЭНЎ сабаблари: пневмопатиянинг ателектаз шакли 3 (100%), ҳомила ичи инфекцияси 2 (66,7%). Ҳомиладорликнинг 25-28 ҳафталик муддатида (3), ўлим сабаби пневмопатиянинг ателектаз шакли 3 (100%), ўта кам вазинли чақалоқ 1 (33,3%). Ҳомиладорликнинг 29-32 ҳафталик муддатида (5), ўлим сабаби пневмопатиянинг ателектаз шакли 5 (100%). Ҳомиладорликнинг 33-36 ҳафталик муддатида (3), ўлим сабаби туғма пневмония, пневмопатиянинг ателектаз шакли 1 (33,3%), кўп сонли туғма ривожланиш нуқсон-юрак декстрапозицияси, хондродистрофия 1 (33,3%), ҳомила ичи инфекцияси 1 (33,3%). Ҳомиладорликнинг 37-42 ҳафталик муддатида (13), ўлим сабаби ҳомила туғма пневмонияси 5 (38,4%), ҳомила ичи инфекцияси 5 (38,4%), асфиксия 5 (38,4), бош миёда ўткир қон айланишининг бузилиши 1 (7,7%), моно ТРН: ўпкалар аплазияси 1 (7,7%), ўпкалар гипоплазияси 1 (7,7%), буйрак гипоплазияси 1 (7,7%), ТЮН Баталов йўли очиклиги 1 (7,7%), кўп сонли ТРН: ўпкалар гипоплазияси, диафрагма чурраси 2 (15,3%) ташкил қилди.

Хулосалар.

1. Перинатал ўлим кўрсаткичи ортиб бормоқда.
2. ЭНЎ сабаблари орасида ўпка патологиялари муддатидан олдин туғилган 14 (51,8%) ёки муддатида туғилган 13 (48,2%) туғруқларда диярли бир даражада учради. Бунда инфекциялар ва ТРН билан туғилиш ҳам бир ҳилда аҳамиятли бўлди.
3. Натижалар антенатал парвариш ва скрининг текширишларини (УЗИ, АФП ва б.) сифатини ва самарадорлигини оширишни тақоза қилади.

Кожабаева С.А., Махамбет А.М., Ирсимбетова А.М., Иманали А.Г.,
Сарсенбаева С.Д. - резиденты по специальности педиатрии

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОГО ГИПЕРИНСУЛИНИЗМА У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА

Научный руководитель: PhD Кемельбеков К.С.

Южно-Казахстанская медицинская академия, г. Шымкент. Казахстан
Кафедры педиатрии и детской хирургии

(ВГИ) - наследственное заболевание, характеризующееся неадекватной гиперсекрецией инсулина бета-клетками поджелудочной железы, что приводит к развитию гипогликемий, резистентной к лечению. ВГИ является редким заболеванием. По данным европейских авторов, составляет в среднем 1:30 000 - 1:50 000 новорожденных. Несмотря на свою редкость, ВГИ является одной из основных причин тяжелых гипогликемий у детей первого года жизни.

Клинический случай. Ребенок Жаузак Юсуф Ержанулы 11.01.19г.р. III Беременность 38 недель 6 дней. Вес при рождения 3900гр, Рост 54см. После рождения проведены меры первичной реанимации и новорожденный переведен в ОРИТН. Через 31 суток после рождения, по тяжести состояния переведен в ОДБ. С рождения прослеживается стойкая тяжелая гипогликемия, не поддающаяся коррекции.

Из анамнеза матери: I Беременность в 2016г. – ребенок живой (со слов мамы состоит на учете у невролога, судороги, гидроцефалия?); II Беременность в 2017г. – самопроизвольный выкидыш в 8 недель беременности; III Беременность в 2019г. – данная. 1,2,3 триместры беременности протекали на фоне умеренной анемии (Hb – 96г/л;106г/л), лечилась амбулаторно. В 25 недель – О.фарингит, лечилась амбулаторно. 12.11.2018г. УЗИ плода: Беременность 30-31 недель. Гипертонус матки. 05.11.2018г. привита от гриппа (вакцина «Ваксигрипп»).

Anamnesis morbi: ребенок мужского пола, Вес 3900гр, Рост 54см, О.Г. 36см, ОГр. 35см. Оценка по шкале Апгар 1/4 балла. После рождения проведены меры первичной реанимации и новорожденный переведен в ОРИТН.

Объективное состояние ребенка после рождения: состояние ребенка после рождения крайне тяжелое, обусловлено симптомами гипоксического поражения ЦНС, как следствие перенесенной асфиксии в родах. Самостоятельно не дышит. Находится в условиях ОРС. Глазки закрыты, фотореакция вялая. Кожные покровы бледно-розовые, акроцианоз. Отмечается отечность, пастозность мягких тканей. Рефлексы врожденного автоматизма не вызываются. В конце первых суток у новорожденного отмечались судороги. На вторые сутки жизни развился приступ брадипноэ, брадикардии с выраженным угнетением ЦНС. Выявлен низкий уровень гликемии – 1,6 ммоль/л. Прослеживается стойкая тяжелая гипогликемия, не поддающаяся коррекции. Внутривенно (в центральную вену) через линеомат вводились растворы Глюкозы – 12,5%; 18%; 21%; 30%; 40%. Внутривенно струйно – раствор Глюкозы 10% - 2,0-4,0мл/кг. Дано фенобарбитал в дозе насыщения 20мг/кг и через 12 часов 4мг/кг – поддерживающая доза, которая продолжалась до 7-го дня жизни. На 3-и сутки новорожденный экстубирован. Переведен на респираторную поддержку в режиме пСРАР. На 4-е сутки снят с аппарата. (рис.1).



Рисунок 1. Ребенок Ж., на 3 день ОРИТН в ОДБ

За время наблюдения новорожденному был сделан ряд рентгенологических снимков, на которых были увеличены размеры сердца и снижена прозрачность в легких. Нейросонография: тяжелое ишемическое поражение вещества головного мозга. Субкортикальная лейкомаляция. Расширение субарахноидального пространства 2 степени. Дилатация боковых и третьего желудочков. Анализ крови (содержание гормонов и медиаторов): инсулин 43,7 мкМЕ/мл (норма от 6-12,5 мкЕД/мл); инсулиноподобный фактор роста 227,0 нг/мл (норма 15-189 нг/мл); соматотропный гормон 10,57 нг/мл (норма 0,43-3,03 нг/мл); кортизол 17,0 нмоль/л (норма 30-966 нмоль/л). В общие анализы крови через 12 и 24 часа после рождения – показатели в пределах нормы. Биохимические анализы крови - глюкоза 1,6-2,6 ммоль/л.

Проконсультирован эндокринологом. Выставлен клинический диагноз: Врожденный гиперинсулинизм. Проконсультирован невропатологом, выставлен диагноз: Тяжелая асфиксия при рождении. Гипоксическое-ишемическое поражение ЦНС. Гипогликемическое кома. Ребенок переведен в ОДБ ТО.

За время нахождения в ОРИТН ребенок получал следующее лечение: Антибактериальная терапия: цефазолин 50 мг/кг с интервалом 8ч №14, прогликем 25 мг – 1/3 капсулы (3 мг/кг/сут), диуретики, гемостатики, препараты натрия 2,0-3,0 ммоль/кг/сут, кальция-0,8 ммоль/кг/сут, углеводы- согласно приказу №666, альбумин 10%- 2 раза, 40% глюкоза, сандостатин, фенобарбитал и симптоматическое лечение.

Исход лечения: общее состояние ребенка в динамике прогрессивно с ухудшением. На фоне ИВЛ с «жесткими» параметрами и введения вазопрессоров у ребенка отмечается остановка сердечной деятельности. Начаты реанимационные мероприятия в экстренном порядке: непрямой массаж сердца 1:3; Sol. Adrenalini 0.18% - 0,3 мл в/в через 3-5 мин, 3-кратно, Sol. Atropini 0.01% - 0,3 мл в/в через 3-5 мин 3-кратно, Sol. NaHCO₃ 4%-10.0 мл через 10 мин 2-кратно. Проведенные реанимационные мероприятия в течение 30 минут без эффекта. В 16.03.2019 г 01:35 часов на фоне полного отсутствия сердечной и

дыхательной деятельности, максимально расширенного зрачка, атонии, арефлексии констатирована биологическая смерть.

Выводы. Настоящее заболевание клинически проявилось гипогликемическим состоянием уже на вторые сутки жизни ребенка. Для определения дальнейшей терапевтической и хирургической тактики нам было необходимо молекулярно-генетическое исследование генов. Которые в условиях РК, а также в других стран СНГ не проводится.

Список литературы

- 1.Flanagan S.E., Clauin S., Bellannй-Chantelot C. et al. Update of mutations in the genes encoding the pancreatic beta-cell K(ATP) channel subunits Kir6.2 (KCNJ11) and sulfonylurea receptor 1 (ABCC8) in diabetes mellitus and hyperinsulinism. Hum Mutat 2009; 30:170-180.
- 2.James C., Kapoor R.R., Ismail D. The genetic basis of congenital hyperinsulinism. J Med Genet 2009; 46:289-299.
- 3.Kassem S., Bhandari S., Rodriguez-Bada P. et al. Large islets, beta-cell proliferation, and a glucokinase mutation. N Engl J Med 2010; 362:1348-1350.
- 4.Christesen H. B., Jacobsen B. B., Odili S. et al. The second activating glucokinase mutation (A456V): implications for glucose homeostasis and diabetes therapy. Diabetes 2002; 51:1240-1246.

Минибаева Я.Р., 5-курс

АУТОИММУННЫЙ ТИРЕОИДИТ У ДЕТЕЙ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ

Научный руководитель: к.м.н., доц. Савельева Е.В.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская
Федерация

Кафедра факультетской педиатрии

Аутоиммунный тиреоидит (АИТ)- хроническое аутоиммунное заболевание с воспалением щитовидной железы; развивается у наследственно предрасположенных лиц вследствие иммунологических нарушений. Согласно эпидемиологии, АИТ страдают 1-3% населения Земли.

Цель. Провести анализ клинического случая АИТ.

Материалы и методы. Обследована пациентка с АИТ.

Клинический случай: Девушка, К.В.А, 02.07.2001 гр(17 лет) поступила в ОДКБ 23.10.18. Жалобы на головную боль, запоры, избыточный вес.

Ребенок от 3 беременности, на фоне ХВГП, ФПН, анемии, 3 срочных родов, рост и развитие соответственно возрасту. Впервые обратилась к эндокринологу в 2015 году с жалобами на резкую прибавку в весе, отеки на лице и запоры. В 2016г находилась на обследовании в эндокринологическом отделении ОДКБ с диагнозом: АИТ, струма 1 степени, гипотиреоз. Перикардит. Назначено лечение: Л-тироксин 100мкг, панангин.

В 10.2016-05.2018гг не наблюдалась, Л-тироксин не принимала с 05.18г. На фоне отсутствия лечения отрицательная динамика: фолликулит, багровые и белые стрии на передней брюшной стенке, бедрах.

Последняя госпитализация 20.10.18г. Диагноз: АИТ, гиперплазия щитовидной железы 0-1 ст. Гипотиреоз. Хронический перикардит. Астено-невротический синдром. Жалобы на головную боль, выпадение волос, запоры, избыточный вес. Состояние средней тяжести, обусловлена обменно-гипотермическим синдромом (кушингоидный тип ПЖК), трофическими нарушениями кожи (сухость кожи), поражением нервной системы (головные боли), сердечно-сосудистой (брадикардия, перикардальный выпот) и пищеварительной (запоры). Рекомендовано лечение: Л-тироксин, преднизолон, аспаркам.

Обсуждение. АИТ чаще проявляется в подростковом возрасте. Осложнением может быть гипотиреоз, сердечная недостаточность. Осложненный гипотиреоз может привести к гипотиреоидной коме.

Лечение заместительной терапией левотироксином. Критерий эффективности- нормализация ТТГ. Неспецифическая профилактика: рациональное питание (йод, железо, омега-3) и контроль гормонов.

Выводы. У пациентки клиника, характерная для АИТ: сухость кожи, избыточный вес, запоры; развилось осложнение перикардит с брадикардией и перикардальным выпотом. Не регулярное наблюдение и лечение заболевания могло спровоцировать развитие гипотиреоза и привести к гипотиреоидной коме.

Муминов Н., 5-курс

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ДРЕНАЖНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель: к.м.н., доц. Раупов Ф.С.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.

Узбекистан

Кафедра детской хирургии

Цель. Изучение эффективности удаления воздуха и жидкости и расправления легкого при дренирование плевральной полости.

Материал и методы. В настоящем исследовании по способу дренажного лечения больные были разделены на две группы. Традиционно троакар-дренаж вводится не учитывая локализации очага поражения: как правило, VI-VII межреберье, по средне-подмышечной линии, а дифференцированный подход предусматривал введение троакар-дренажа на уровне очага поражения с учетом его локализации. Больные первую группу составили 19 детей. Осложнения при лечении троакар-дренажом наблюдались крайне редко. Однако, у 11 (57,9%) детей благоприятное клиническое течение не сопровождалось расправлением легкого. В целом применение троакар-дренажа позволило добиться выздоровления у 16 больных (94%), умер 1 (5,3%) из этой группы.

Длительность пребывания больных в стационаре составила $34,1 \pm 0,08$ койко-дней. Больным второй группы (60 детей) мы применяли способ дифференцированного дренирования плевральной полости. При лечении дифференцированным способом быстрое улучшение состояния с расправлением легкого, в первые часы наблюдалось у 51 (85%), у 8 (13%) - через несколько дней только у 1-го (2%) ребенка легкое расправилось в поздние сроки лечения, после наложения второго дренажа на 1-2 межреберье выше от места введения первого дренажа.

Выводы. Дифференцированный выбор место наложения дренажа обеспечивает более полной удалению воздуха и жидкости из плевральной полости, быстрое расправления легкого с выздоровлением больных.

Мухторов М., 2-курс

СКОЛИОЗ – АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Научный руководитель: асс. Жумаева З.Ж.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.
Узбекистан.

Кафедра общественного здоровья и гигиены

Сколиоз - одна из актуальных проблем у школьников подросткового возраста. Зачастую появление раннего искривления приводит к довольно тяжелым последствиям в опорно-двигательном аппарате и даже во внутренних органах. По статистическим данным ученых Европы, в странах СНГ – почти у 98% детей оказывается такая патология. Сколиозы I-II степени по данным научных исследований составляют 75-80% всех сколиозов.

Цель. Ретроспективно изучить частоту встречаемости сколиоза у школьников подросткового возраста.

Материалы и методы. Нами были обследованы 60 детей общеобразовательной школы г. Бухары на предмет выявления сколиоза. 33 ребенка были учениками 7 класса, 27 ученика 9 класса. Из 33 детей 7 класса были 15 девочек и 17 мальчиков, а из 27 детей 9 класса 11 девочек и 16 мальчиков. Мы применяли четырех степенную систему оценки величины искривления позвоночника В.Д. Чаплина. А также оценивали по опросу учеников их занятость физкультурой, спортом и временем, проведенным за компьютером.

Результаты. По результатам наших исследований выяснилось, что в возрасте 16-17 лет частота сколиоза возрастает в 2 раза, доходя у девочек до 63,6% (7 из 11 девочек). Мальчиков же со сколиозом значилось меньше 25% (4 из 16 мальчиков). Путем опроса мы 31 выяснили, что среди девочек занимающихся спортом в средних классах % составляет – 73,3%, т.е. 11 девочек из 15. Помимо 40 минутных школьных занятий физкультуры, эти дети посещают дополнительные секции художественной гимнастики и танцы. Среди девочек 9 класса, занимающихся спортом уже меньше – 36,4%, т.е. 4 девочек из 11 занимаются танцами. Остальные девочки старшей возрастной группы не

занимаются спортом и нерегулярно посещают школьные занятия физической культуры. Среди мальчиков 7 класса 89,5% помимо занятий физкультурой в школе посещают спортивные кружки, секции – гимнастики, плавания, карате. А среди подростков 9 класса этот процент несколько ниже – 77,3%. Остальные дети вели сидячий образ жизни.

Выводы. Таким образом, по результатам опроса и работы с медицинскими данными, выводы подтверждают общую статистику – динамика заболеваемости сколиозом и общего физического состояния подростков уменьшается.

Науменкова Л.И., 6-курс, Сарычева Е.В., 6-курс, Савчук Е.С., 5-курс
**ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ КРОВИ У НОВОРОЖДЕННЫХ
ДЕТЕЙ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ**

Научный руководитель: к.м.н., доц. Харченко О.А.
Оренбургский государственный медицинский университет. Российская
Федерация
Кафедра госпитальной педиатрии

В настоящее время гипогликемия рассматривается как маркер остро развившегося критического состояния у новорожденного ребенка. Снижение концентрации глюкозы крови в течение 1-2х часов после рождения отмечается у всех млекопитающих и отражает процесс адаптации к условиям внеутробной жизни. На концентрацию глюкозы крови влияют многие факторы: время кормления, гипотермия, гипербилирубинемия, полицитемия, гипоксия и асфиксия в родах, стрессовые ситуации при рождении, а также изменение метаболизма у матери при заболеваниях и приеме лекарственных препаратов. Традиционно указанные состояния называются «пограничными». Однако, очень важным является выделение «групп риска» новорожденных, которым требуется мониторинг концентрации глюкозы крови для своевременной диагностики патологических состояний.

Цель. Оценить состояние здоровья и вероятность развития гипогликемии у новорождённых детей групп риска.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 370 историй развития новорожденных детей на базе ГБУЗ «ГКПЦ» за сентябрь 2018года. Проведена оценка течения беременности, родов и раннего неонатального периода у детей групп риска по ранней гипогликемии (недоношенные, крупновесные, с задержкой внутриутробного развития, от матерей с сахарным диабетом).

Результаты. В группу риска были включены 75 новорожденных детей (20%). Из них 30 детей имели пренатальные факторы риска (у матерей - гестационный сахарный диабет, ожирение 1-2 степени, артериальная гипертензия), 40 детей были с отклонениями по массе тела, 5 детей - недоношенные со сроком гестации 34-35 недель. При определении уровня глюкозы в первый час жизни у 4 детей показатель составил ниже нормативного.

В дальнейшем сохранение гипогликемии с клиническими проявлениями зарегистрировано лишь у 1 мальчика. Неспецифические симптомы «гипогликемии» при нормальных показателях уровня глюкозы отмечались у 11 детей.

Выводы. В связи с опасностью развития критических состояний необходимо оценивать не только клинические симптомы, но и динамический уровень глюкозы крови у новорожденных групп риска.

Нечипорук И.А., 4-курс, Польшванная Ю.И., асс., Райлян М.В., асс.
**ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕГИОНОВ
УКРАИНЫ ПО ВОПРОСАМ ПРОФИЛАКТИКИ АНЕМИИ**

Научный руководитель: д.м.н., проф. Чумаченко Т.О.
Харьковский национальный медицинский университет. Украина
Кафедра эпидемиологии

По данным Всемирной организации здравоохранения более 30 % населения мира страдают от анемии. Особенно актуальна проблема железодефицитной анемии для детей школьного возраста. В условиях сложившегося экономического кризиса в Украине отмечается усугубление этой проблемы, связанное с формированием неправильного питания детей школьного возраста.

Цель. Оценить осведомленность при выборе питания детей школьного возраста в Харьковской (восток) и Хмельницкой (запад) областях Украины для выявления основных недостатков в организации питания с целью коррекции пищевого режима и проведения просветительной работы.

Материалы и методы. Проведена оценка знаний об анемии среди детей школьного возраста путем опроса с использованием оригинальных опросников.

Проведен опрос 84 школьников 7-11 классов в возрасте 13-18 лет, из которых 72,6% проживают в Харьковской области и 27,4 % Хмельницкой области, средний возраст опрошенных составил 16 лет. Всего участвовало в опросе 15 (17,9%) мальчиков и 69 (82,1%) девочек. Полученные данные обработаны с помощью стандартных методов статистики. Существенных различий между ответами детей из разных регионов Украины не было выявлено, поэтому результаты анализа представлены без стратификации по регионам.

Результаты. При опросе детей было выяснено, что слышали про анемию 72,8% опрошенных детей и достаточно большое количество (19,8%) школьников никогда не слышали об этой проблеме. Анемию считают опасной для детей раннего возраста 42,9 % (36) школьников, для беременных – 36,9 % (31) опрошенных. Указали на возможные причины возникновения анемии 52,4% (44) опрошенных. Выявлено, что, слышали о продуктах, в которых содержится много железа 86,3% (69) учеников, 6,25% опрошенных не знают про такие продукты. Распределение школьниками продуктов по наибольшему содержанию железа в них, выглядело следующим образом: яблоки – 28,4%,

печень – 6,5%, мясо – 5,32%, цитрусовые, рыба и гречневая крупа по 2,37%, орехи – 4,14%, фрукты – 4,73 %, шпинат – 1,78%, морепродукты – 0,59%. Распределение опрошенными продуктов, которые повышают абсорбцию железа в организме, было таким: яблоки – 25%, капуста – 4,54%, жирные продукты – 2,27%, фрукты и овощи – 4,54 %, грудное молоко – 2,27%, печень – 4,54%, рыба – 9,1%, кофе и крепкий чай по 2,27%, мясо – 11,36%, орехи – 6,82%, витамин С – 2,27%.

2,27% школьников не знают, какие продукты повышают абсорбцию железа. Указали, что слышали про витамин С, 86,6% (71) опрошенных, 7,32% (6) школьников дали ответ, что не знают о таком витамине. Среди напитков, способных снижать абсорбцию железа, школьниками были указаны: апельсиновый сок – 11,25%, кофе – 30%, чай – 10%, яблочный сок – 7,5%, другие напитки – 1,25%. Не знали о таких напитках 40% (32) учащихся. При проведении анализа употребления продуктов питания школьниками вечером накануне опроса было установлено, что больше всего дети употребляли следующие продукты питания: мясо куриное 45,2% (38) школьников, свинину – 23,8% (20) опрошенных, рыбу жареную – 15,5% (13) респондентов, петрушку – 14,3% (12) школьников, листья салата – 25% (21) школьников, свеклу – 13,1% (11) школьников, гречневую крупу – 42,9% (36) детей, изюм – 13,1% (11) опрошенных, томаты – 27,4% (23) школьников. Незначительным было употребление других продуктов, таких как печень – 6%, говядина – 9,5%, мясо кролика и утки по 2,4%, рыба вареная – 3,6 %, селедка и сушеная рыба – 3,6%, рыба маринованная – 2,4%, рыбные консервы – 3,6%, другие морепродукты – 3,6%, брокколи – 7,14%, курага, сушеные яблоки, чернослив по 5,6%, миндаль 4,8 %.

У 89,3% (75) школьников в рационе присутствуют петрушка, укроп, зеленый и красный перец, свежие цитрусовые (апельсин, лимон, грейпфрут); у 9,5% (8) опрошенных этих продуктов в рационе нет; 1,2% респондентов указали, что не знают, включает ли их пищевой рацион вышеуказанные продукты. Ежедневно употребляют эти продукты только 34,3% (24) опрошенных и 1,43% (1) дали ответ, что не знают частоту употребления этих продуктов. Почти все опрошенные (92,9% школьников) употребляют кофе и чай, из них ежедневно 80,3% учащихся. На вопрос о том, когда обычно они пьют кофе или чай 42,9% школьников ответили, что сразу после еды; 16,7% школьников - во время еды; по 5,6% учащихся - сразу перед едой и за 2 и более часов до еды; 22,6% респондентов - через 2 и более часов после еды; другое – 13,1% детей, из них очень редко – 1; перед завтраком – один ученик; 2 или 1 раз в день – один школьник; по-разному – 3; в течение дня – 1; не указали – 4. Ответили, что не знают ответ на этот вопрос – 4,8 % школьников.

18 школьников (21,4%) указали, что употребляют энергетические напитки, из них ежедневно - 2,3% опрошенных, 2,4% школьников указали, что пьют их 2 раза в неделю, 17,9% школьников употребляют их 1 раз в неделю и реже. Среди опрошенных респондентов 3,6% детей считают, что у них возможна железодефицитная анемия; не уверены в этом – 41,7% школьников;

ответили “не может быть” – 25% учащихся, так как много употребляют витаминов, яблок, печени. Только 5,9% детей указали, что у них возможна незначительная железодефицитная анемия потому, что они редко употребляют еду, богатую железом. Наличие анемии считают серьезной проблемой только 44 % учащихся; не уверены – 23,8% школьников; 2,4% опрошенных считают анемию несерьезной проблемой. Считают правильным готовить блюда из говядины – 85,7% опрошенных, 1,2% школьников - считают это неправильным (так как этот продукт не нравится им на вкус); 5,6% респондентов не уверены, что это является правильным. Считают, что приготовление говядины или печени является сложным 4,8% опрошенных, немного сложным - 40,5% школьников, несложным - 48,8% детей. 81% (68) учащихся считает, что готовить блюда из рыбы – это хорошо, 3,6% школьников считают, что это плохо, потому что ее не любят и не употребляют. Считают, что сложно готовить блюда из рыбы - 3,6% опрошенных и немного сложным - 45,2% респондентов. 91,7% школьников отметили, что им нравится вкус мяса, не уверены в этом - 7,14% учащихся, не нравится вкус мяса – 1,2 % опрошенных. Вкус рыбы нравится 65,5% школьников. Нравится вкус цитрусовых фруктов и соков (апельсин, лимон, грейпфрут) 94% опрошенных. Вкус яблок нравится 98,2% опрошенных.

Считают правильным приготовить блюда с печенью 75% опрошенных и не уверены в этом 9,5% детей; 7,14% респондентов считают плохим готовить блюда из печени из-за того, что не нравится ее вкус. Считают трудным приготовление блюд с печенью - 1,2% школьников (из-за неприятного запаха), немного трудным - 44,05% опрошенных, совсем не трудным - 46,4% школьников. Вкус печени нравится 44,05% школьников, не нравится – 29,8% опрошенных, вкус печени не имеет значение для 26,2% детей.

Выводы. В результате проведенного анализа установлено, что среди детей школьного возраста не все дети способны оценить возможные проблемы, возникающие при неправильном питании, риски развития патологии, связанные с этим. Необходимо усилить просветительную работу среди школьников, проводить дни правильного и полезного питания, чтобы акцентировать внимание на том, что правильное питание ведет к сохранению их здоровья. Также, необходимо разъяснить школьникам основные симптомы анемии, выяснить и откорректировать питание в школьных столовых и дома. Среди школьников необходимо проводить беседы о вреде употребления энергетических напитков и возможных последствиях и риска развития заболеваний. А также проводить разъяснительную работу среди родителей о вреде употребления кофе и чая детьми для их здоровья.

Нургозиев Б.А., 4-курс, Кадыркожаева Д.Б., 4-курс, Ердахмет А.Е., 4-курс,
Кенжебек Ш.Е., 4-курс

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЭРОЗИВНОГО КОЛИТА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Научный руководитель: д.м.н. проф. Кизатова С.Т.

Приводится случай из реальной клинической практики, который интересен трудностями диагностики эрозивного колита с наличием внекишечных проявлений, а именно кожными симптомами в виде гнойничковой сыпи в области верхней трети левого бедра, нижней трети левой голени, а также поражение сердца. Рассматриваются трудности дифференциальной диагностики с болезнью Крона в связи с аналогичными или частично совпадающими симптомами.

Цель. Изучение клинико-лабораторных и инструментальных особенностей эрозивного колита в детском возрасте.

Материалы и методы. Нами описан клинический случай пациента Ж., в возрасте 10 лет, с хроническим эрозивным колитом, находившегося на лечении в отделении КГП «ОДКБ». Данному ребенку были проведены комплексное обследование, консультация узких специалистов, консервативная и симптоматическая терапия. Поступила в приемное отделение ОДКБ с жалобами на гнойничковую сыпь в области верхней трети левого бедра, нижней трети левой голени, слабость, понижение аппетита, потерю в весе, жидкий стул до 6 раз в день сразу после приема пищи, повышение температуры тела до 37.8, кашель, боли в животе, бледность кожи, шелушение волосистой кожи головы.

Из anamnesis morbi. Со слов папы ребенок болен с августа 2018, когда впервые заметили потерю в весе, снижение аппетита, жидкий стул, рвота. Получала амбулаторное лечение, принимала урсосан, фуразалидон, линекс - без эффекта. 24.08.-01.09.2018 находилась на стационарном лечении в областной инфекционной больнице с диагнозом ОКИ синдром энтероколита. После выписки отмечалось появление множественных гнойничков на теле, повышение температуры тела, продуктивный кашель. Была осмотрена хирургом по месту жительства, получала перевязку. Амбулаторно проведен рентген органов грудной клетки, при этом патологии не выявлено. Получала антибактериальную терапию в виде сумамеда и цефтриаксона. В динамике отмечалось увеличение гнойничковой сыпи. В связи с отсутствием эффекта вызвали скорую помощь, и пациентка была доставлена в ОДКБ. В сентябре 2018 года получала стационарное лечение в ОДКБ в хирургическом отделении, после переведена в бронхолегочное отделение с диагнозом Пневмония. Выписалась с улучшением. Данное ухудшение последние 2 недели. Лечились амбулаторно. Без эффективно. В приемном покое ОДКБ осмотрена хирургом-рекомендовано вскрытие гнойных ран, с последующей обработкой. В экстренном порядке госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение для дообследования и определения дальнейшей тактики лечения.

Anamnesis vitae. Ребенок от 1 беременности, 1 родов. Прививки по календарю. Перенесенные заболевания: ветряная оспа, ОРВИ. На «Д» учете у специалистов не состоит. Аллергоанамнез: спокоен. Операции, травмы

отрицают. Наследственный и семейный анамнез не отягощен. Трансфузия в сентябре 2018 года эрит.взвесь однократно.

Объективные данные. Состояние ребенка средней степени тяжести, обусловлено энтеральными проявлениями, болевым, диспептическим, интоксикационным синдромами. Сознание ясное. Самочувствие умеренно нарушено. Телосложение правильное удовлетворительного питания. Аппетит снижен. Тургор мягких тканей удовлетворительный. Кожный покров физиологической окраски, в области нижних конечностей имеются мелкие гнойнички, в области левой голени и наружной поверхности левого бедра, отмечаются очаги, с четкими границами, округлой формы, диаметром до 2,5x3,5 см с выраженной перифокальной зоной воспаления, в области бедра с абсцедированием, в очагах микропустулы, склонные к самопроизвольному вскрытию. Видимые слизистые чистые, влажные. Эластичность, тургор кожи сохранён. Костно-мышечная система без патологии. Периферические лимфоузлы не увеличены. Зев спокоен. Носовое дыхание свободное. В легких жесткое дыхание, хрипы единичные, разнокалиберные. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык несколько суховат, обложен белым налетом. Живот правильной формы, симметричный, участвует в акте дыхания. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Пузырные симптомы отрицательные. Печень и селезенка не увеличены. Стул ежедневный жидкий 5-6 раз в день, с примесью крови, иногда со слизь. Симптом поколачивания отрицательный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Лабораторно-инструментальное обследование:

ОАК от 27.02.19: Лабораторные данные: СОЭ 3,0 мм/ч Базофилы 0.1 0.1% Эритроциты (RBC) 4,5 x10¹²/л Гемоглобин (HGB) 114,0 г/л Гематокрит (HCT) 35.6 35,6 Без пересчета/ Тромбоциты (PLT) 444 x10⁹/л Средний объем эритроцита (MCV) 79,5 фл Среднее содержание гемоглобина в отдельном эритроците (MCH) 25,4 пг Относительная ширина распределения тромбоцитов по объему (PDW) 11,4 Тромбокрит (PCT) 0.47 0,5% Относительное содержание лимфоцитов (LYM%) 24,8% Абсолютное содержание лимфоцитов (LYM#) 3.84 3,8 x10⁹/л Относительное содержание нейтрофилов (NEUT%) 63.3 63,3% Абсолютное содержание нейтрофилов (NEUT#) 99,8x10⁹/л Относительное содержание моноцитов (MON%) 10.6 10,6% Абсолютное содержание моноцитов (MON#) 1.64 1,6x10⁹/л Относительное содержание эозинофилов (EO%) 1,2% Абсолютное содержание эозинофилов (EO#) 0,2x10⁹/л Относительная ширина распределения эритроцитов стандартное отклонение (RDWSD) 41,3 Относительная ширина распределения эритроцитов коэффициент вариации (RDW-CV) 14.8 14,8 Коэффициент больших тромбоцитов (P-LCR) 28.1 Лейкоциты (WBC) на анализаторе 15,5 x10⁹/л.

В биохимическом анализе крови от 28.02.19 Тимоловая проба в сыворотке крови ручным методом Концентрация 2,85 мг/л отсутствует Определение общего белка в сыворотке крови на анализаторе Общий белок 44,8 Определение аланинаминотрансферазы (АЛaТ) в сыворотке крови на анализаторе Концентрация АЛaТ в сыворотке крови на анализаторе 13,4 у/л

Определение прямого билирубина в сыворотке крови на анализаторе Билирубин прямой 3,0
Определение общего билирубина в сыворотке крови на анализаторе Билирубин общий 13,0
Определение аспартатаминотрансферазы (АСаТ) в сыворотке крови на анализаторе Концентрация АСАТ в сыворотке крови на анализаторе 17,8 u/l
Определение щелочной фосфатазы в сыворотке крови на анализаторе Щелочная фосфатаза 93.7
Определение общей альфа-амилазы в сыворотке крови на анализаторе Амилаза общая 0,0 U/L.401.002
Определение общего холестерина в сыворотке крови на анализаторе общий холестерин 2,2 ммоль/л
Определение глюкозы в сыворотке крови на анализаторе Глюкоза 4,4 ммоль/л
Определение мочевины в сыворотке крови на анализаторе Мочевина на анализаторе 0,2 ммоль/л
Определение креатинина в сыворотке крови на анализаторе Концентрация креатинина в сыворотке крови 31,21

ОАМ от 28.02.19: в пределах нормы.

Копрограмма от 28.02.19: признаки воспаления в кишечнике, лейкоциты в большом количестве, свежие эритроциты в большом количестве.

Кал на скрытую кровь от 28.02.19: положительный

Кал на кальпротектин от 01.03.19 - 2726,05 (парни норме до 50,0) - положительный

ИФА от 28.02.19: антитела класса IgG к ЦМВ 668,2 IU/ml, антитела класса IgM к ЦМВ 0,5.

ИФА от 04.03.19: антитела класса HBsAg полож к/п-1,4

ИФА от 28.02.19: антитела класса IgG к капсидным антигенам VCA вируса Эпштейна- Барра - положительный, IgG к капсидным антигенам VCA вируса Эпштейна- Барра (КП) - 14,75 положительный. На консультацию будет приглашён

ИФА от 06.11.2017: Суммарные АТ к лямбе-отриц, HPLgM-положительный КП-5,8, Аскариды LgG-отриц.

Диагностика аутоиммунных заболеваний AMA, ANA, ASCA, ANCA от 28.02.19: отрицательные

Копрограмма от 28.02.19: признаки воспаления в кишечнике, лейкоциты в большом количестве, свежие эритроциты в большом количестве.

ЭКГ от 04.03.19 Заключение: Синусовая тахикардия. Систолическая перегрузка левого желудочка. Блокада правой ножки пучка Гиса. Выраженные изменения процесса реполяризации. Удлинение QT.

ЭХОКС от 04.03.19 Заключение: Регургитация на клапане легочной артерии. МАРС: множественные дополнительные хорды левого желудочка.

На обзорной R-грамме органов грудной полости от 26.02.2017г.R-признаки характерные для незначительного усиления и обогащения легочного рисунка (состояние после перенесенной правосторонней пневмонии).

ФГДС от 28.02.2019: *Заключение: Эрозивный рефлюкс-эзофагит. Поверхностный гастрит. Катаральный дуоденит.*

Фиброколоноскопия от 28.02.2019: Под общим наркозом произведен осмотр перианальной области. Кожные покровы перианальной области бледно-

розового цвета. Слизистая анальной области гладкая, физиологической окраски, циркулярно отмечается расширение вен до 0.3см, без изъязвлений. При пальцевом исследовании тонус сфинктера сохранен, ампула прямой кишки пустая, свод не нависает, патологических образований не пальпируется. В просвет прямой кишки введен фиброколоноскоп. Слизистая ампулы прямой кишки гиперемирована, отечная, отмечаются множественные эрозии, покрытые беловатым фибрином, размерами до 2.0x0.3см, линейной формы, складчатость сохранена. Слизистая прямой кишки гиперемирована, отечная, отмечаются множественные эрозии, покрытые беловатым фибрином, размерами до 2.0x0.3см, линейной формы. Слизистая сигмовидной кишки гиперемирована, отечная, отмечаются множественные эрозии, покрытые беловатым фибрином, размерами до 1.0x0.2см. Просвет нисходящего отдела округлой формы, складки высокие, плотные, слизистая гиперемирована, отечная, отмечаются множественные эрозии, покрытые беловатым фибрином, размерами до 0.3см, округлой формы. Просвет поперечного отдела ободочной кишки треугольной формы, слизистая гиперемирована, отечная, отмечаются множественные эрозии, покрытые беловатым фибрином, размерами до 0.3см, округлой формы. Слизистая восходящего отдела ободочной кишки гиперемирована, отечная, просвет округлой формы, отмечаются множественные эрозии, покрытые беловатым фибрином, размерами до 0.3-0.4см, края умеренно подкравливают, взята биопсия на гистологический анализ, отправлена в лабораторию.

Заключение: Эрозивный колит. ЖКК по Forrest 1B. Наружный геморрой

УЗИ ГДЗ от 28.02.19: ЗАКЛЮЧЕНИЕ: ДЖВП, Реактивный панкреатит. Холангит. Спленомегалия

УЗИ почек от 28.02.19: Признаки ДМН.

Эндоскопическая щипковая биопсия от 28.02.2019: С восходящего отдела ободочной кишки с мест эрозий, взята биопсия на гистологический анализ, отправлена в лабораторию. Заключение: Эрозивный колит. ЖКК по Forrest 1B. Наружный геморрой.

Консультация Хирурга от 27.02.2019 11:00

Данных за острую гнойную хирургическую патологию не выявлено. В экстренных хирургических манипуляциях не нуждается, кроме вскрытия очага на бедре в стадии абсцедирования.

Рекомендовано: 1. лечение и дообследование в гастроэнтерологическом отделении. 2. Консультация дерматолога, с определением дальнейшей тактики ведения язвенноподобных высыпаний на нижних конечностях.

Консультирована Дерматологом 01.03.19: ситуация расценивается как Микробно-микотическая экзема н/конечностей хроническое течение, в стадии обострения, осложненная с абсцессом мягких тканей.

Консультирована кардиолога от 06.03.19: вторичная кардиопатия. МАРС (ДХЛЖ). НК 0

На основании вышеизложенного выставлен заключительный

Основной диагноз: Хронический эрозивный колит, стадия обострения, осложненная кровотечением по Forrest 1B(K51.9)

Сопутствующий диагноз: Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, эрозивная форма, стадия обострения, рефлюкс-эзофагит (K22.8). Хронический гастродуоденит, стадия обострения. (Поверхностный гастрит. Катаральный дуоденит) (K29.6). ДЖВП, по смешанному типу. (K83.8) Микробно-микотическая экзема н/конечностей хроническое течение, в стадии обострения, осложненная с абсцессом мягких тканей (L30.3)

Проведенная терапия: диета, с регидратационной целью: NaCl 0.9% 250.0 + р-р глюкозы 10% 250.0 в/в кап+ инсулин 5 Ед в/в кап 18 кап в мин

С антибактериальной целью: Ципрофлоксацин 100 мл 1 раз в день, цефтриаксон 500 мг 2 раза в день в/м С холелитолитической целью: Урсодекс 250 мг по 1 капсуле на ночь

С целью улучшения пищеварения: Креон 10 000 Ед по 1 капсуле 3 р/д во время еды

С целью улучшения микрофлоры кишечника: Нормобакт Л по 1 порошку 2 раза в день перед едой

С целью энтеросорбции: Энтеросгель по 1 дес.л 3 раза в день за 30 минут до еды

С противодиарейной целью: Энтерол по 1 кап 2 раза в день за 1 час до еды

Очистительная клизма для подготовки к колоноскопии

Результаты и обсуждения. Болезнь Крона и эрозивный колит – на первый взгляд кажутся очень схожими. Однако они обладают некоторыми характеристиками, которые позволяют их различать. Основное отличие между болезнью Крона и эрозивным колитом – это *место поражения и природа воспалительных изменений*. Болезнь Крона может поражать любой отдел желудочно-кишечного тракта, от ротовой полости до анального отверстия, тем не менее, большая часть заболеваний начинается в терминальном отделе подвздошной кишки. Эрозивный колит, воспаление двенадцатиперстной кишки и оболочки желудка, которое сопровождается наличием множества язв, находящихся на поверхности большей части двенадцатиперстной кишки, прилегающей к желудку. Из-за этого, эрозивная форма будет опасной формой поверхностного колита, которая влечет за собой появление язв. Для уточнения этиопатогенеза необходимо было уточнить связь возникновения симптомов с недавними путешествиями, пищевой непереносимостью, приемом антибактериальных или нестероидных противовоспалительных препаратов, перенесенной кишечной инфекцией, аппендэктомией, наследственностью по ВЗК и колоректальному раку (КРР). У нашего пациента в анамнезе была перенесенная кишечная инфекция. Многими исследованиями подтверждено влияние диеты на риск развития эрозивного колита. Считается, что «западная диета», приводящая к качественному изменению состава микробиоты человека и нарушению гомеостаза, способствует повреждению слизистого слоя кишечника, увеличению колонизации патогенной флоры и повышенной проницаемости слизистой оболочки. К методам профилактики относят здоровый образ жизни, рациональное питание, своевременное устранение

симптомов и лечение кишечных инфекций, коррекцию пищевых аллергических реакций и т.д.

Выводы. Описанный нами клинический случай поможет своевременной диагностике хронического эрозивного колита при диспепсическом синдроме у детей на фоне внекишечных проявлений. Во время назначенная диета и терапия данного заболевания уменьшит проявления данного заболевания. Медицинская помощь больному МДД и его семье будет неполной без обеспечения им психосоциального благополучия.

Список литературы

1. Протоколы диагностики и лечения заболеваний МЗ РК (протокол №10 от «04» июля 2014 года) Неспецифический язвенный колит. Болезнь Крона у детей (МЗРК № 23 ОТ 25.05.2017.)
2. Адлер, Г. Болезнь Крона и язвенный колит / Г.Адлер; пер. с нем. А.А. Шептулина.-М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001.-500 с.
3. Белоусова, Е.А. Язвенный колит и болезнь Крона / Е.А.Белоусова.-М.: Триада, 2002.-130 с.
4. Григорьев, П.Я. Справочное руководство по гастроэнтерологии /П.Я. Григорьев, Э.П. Яковенко.-М.: Мед. информ. агентство, 1997.-480 с.
5. Григорьева, Г.А. Неспецифический язвенный колит и болезнь Крона: диагностика и лечение осложненных форм / Г.А.Григорьева, Н.Ю.Мешалкина, И.Б.Репина //Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии.-2002.- №5.-С.34-39.
6. Масевич, Ц.Г. Современная фармакотерапия хронических воспалительных заболеваний кишечника / Ц.Г.Масевич, С.И.Ситкин // Aqua Vitae.-2001.-№ 1.- С.37-41.
7. Н.П. Шабалов Детские болезни. 6-е изд. В двух томах. Т-1. 2009.-ст 684-701.

Покусаева О.С., кл.орд.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПОРТАТИВНОГО КАРДИОРЕГИСТРАТОРА В ДИАГНОСТИКЕ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ДЕТЕЙ

Научный руководитель: асс. Трунова Ю.А.

Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург.

Российская Федерация

Кафедра поликлинической педиатрии и педиатрии ФПК и ПП

Цель. Оценка эффективности использования отечественного портативного кардиорегистратора для диагностики НСР у детей.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинских карт 52 детей, проходивших амбулаторное обследование в Городском детском кардиоревматологическом центре (ГДКРЦ) МАУ «ДГКБ №11» г.Екатеринбурга с 2010 по 2017 год. Были проанализированы жалобы, анамнестические данные, результаты инструментальных исследований: ЭКГ, Эхо-КГ. Во всех клинических случаях с диагностической целью применялся отечественный

кардиорегистратор «КаРе-1.0», предназначенный для ситуационной регистрации электрокардиограммы (ЭКГ) в амбулаторных и стационарных условиях по одному каналу в 1 отведении у пациентов, активно предъявляющих жалобы со стороны сердца. Статистическую обработку результатов исследований проводили с использованием пакета статистических программ Microsoft Excel.

Результаты. В исследовании участвовали 52 ребенка в возрасте от 2 лет 8 мес. до 17 лет 9 мес. (медиана – $13,2 \pm 1,3$ лет, средний возраст $12,52 \pm 4,2$ лет), среди них 25 (48,08%) мальчиков и 27 (51,92%) девочек, предъявлявшие активные жалобы на ощущения сердцебиений в покое и/или после физической нагрузки, перебои в работе сердца. При первичном обращении в ГДКРЦ 13 (25%) пациентов имели ранее установленный диагноз сердечно-сосудистого заболевания, в 39 (75%) случаях диагноз был верифицирован в ходе проведенного обследования. Среди пациентов с ранее установленным диагнозом преобладали дети с СВД ($n = 7$; 13,46%), из них 3 детей имели СВД по ваготоническому типу, по 2 ребенка – симпатикотонический и смешанный тип. Двое детей (3,85%) имели оперированный порок сердца (радикальную коррекцию коарктации аорты, дефекта межжелудочковой перегородки). По одному случаю (1,92%) пришлось на АВ-блокаду I степени, СА-блокаду II степени, ССТДС в виде пролапса митрального клапана с регургитацией I степени, гипертрофическую кардиомиопатию с преимущественным поражением межжелудочковой перегородки. Все пациенты предъявляли жалобы на сердцебиение ($n = 52$, 100%; среди них 16 (30,67%) детей отмечали сердцебиение при физической нагрузке, 18 (34,61%) – в покое, 12 (23,07%) – как при физической нагрузке, так и в покое). Несколько реже исследуемые жаловались на повышенную утомляемость ($n = 19$; 36,54%), головные боли ($n = 15$; 28,85%), слабость ($n = 14$; 26,92%).

При оценке показателей ЭКГ было установлено, что среди данной группы исследуемых в покое преобладал нормальный синусовый ритм ($n = 44$; 84,62%), реже отмечался предсердный ритм ($n = 5$; 9,62%), синусовая тахикардия ($n = 1$; 1,92%), синусовая брадикардия ($n = 1$; 1,92%) и миграция водителя ритма ($n = 1$; 1,92%). В 6 (11,54%) случаях на ЭКГ выявлялась неполная блокада правой ножки пучка Гиса, в 2 (3,85%) – укорочение интервала PQ и замедление АВ-проводимости, единично (1,92%) регистрировались СА-блокада II степени и депрессия сегмента ST.

Полученные результаты анализа изменений, выявленных на рутинной ЭКГ свидетельствуют о преобладании вегетативных влияний на сердечный ритм и проводимость.

Эхо-КГ была проведена 31 (59,61%) пациенту. В ходе данного исследования у всех пациентов регистрировались дополнительные хорды левого желудочка, по 1 (3,22%) случаю пришлось на пролапс митрального клапана, двустворчатый аортальный клапан и открытое овальное окно.

После скринингового ЭКГ-исследования всем детям было рекомендовано проведение ситуационной ЭКГ. Кардиограмма регистрировалась пациентом

самостоятельно с помощью портативного устройства «KaPe - 1.0» в момент возникновения ощущений сердцебиений и/или перебоев в работе сердца. У 31 (58,61%) ребенка на фоне возникших жалоб была зарегистрирована синусовая тахикардия, что позволило исключить у них связь данных симптомов с развитием жизнеугрожающих аритмий. У остальных пациентов (n=21; 41,39%) во время снятия ситуационной ЭКГ диагностировали разнообразные НСР, самой значимой находкой из которых явилась регистрация шести случаев пароксизмальных тахикардий, не верифицированных ранее другими инструментальными методами исследования. При этом у 4 (7,69%) детей была зафиксирована суправентрикулярная тахикардия, у 2 (3,85%) – короткие эпизоды желудочковой тахикардии. Необходимо отметить, что только у одного из пациентов с выявленной ПТ имелась структурная аномалия сердца в виде двустворчатого аортального клапана, у остальных органическая патология отсутствовала. Также, среди аритмий, выявленных при ситуационной ЭКГ, в 6 (11,54%) случаях у пациентов диагностировали суправентрикулярную экстрасистолию, желудочковые экстрасистолы были зарегистрированы у одного ребенка (1,92%). Эпизоды СА-блокады II степени выявлялись у 3 (5,77%) детей, АВ-блокада I степени у одного (1,92%), по 2 (3,85%) случая пришлось на эпизоды ускоренного предсердного ритма и миграции водителя ритма.

Выводы:

1) Дети, включенные в исследование, кроме основных жалоб на ощущения сердцебиений (88,46%) и перебоев в работе сердца (13,46%), отмечали повышенную утомляемость (36,54%), головные боли (28,85%), слабость (26,92%), что подчеркивает необходимость тщательной диагностики пациентов с сочетанием указанных симптомов.

2) Частота выявления нарушений сердечного ритма и проводимости с помощью рутинной ЭКГ у обследованных пациентов составила 25% (n=13). В структуре, преобладали аритмии, обусловленные преимущественно вегетативными влияниями, такие как синусовые брадикардия и тахикардия, миграция водителя ритма, замедление и ускорение АВ-проведения, САБ II ст.

3) Применение портативного кардиорегистратора «KaPe – 1.0» позволило выявить НСР – суправентрикулярные и желудочковые пароксизмальные тахикардии, не диагностированные ранее другими инструментальными методами исследования, у 11,5% детей с жалобами на сердцебиения и перебои в работе сердца, что статистически достоверно доказывает эффективность использования данного устройства для диагностики НСР у детей ($\chi^2 = 4,4$, $p < 0,05$, с учетом поправки Йейтса).

Саидов А., 1-курс

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО И ВТОРОГО ПЕРИОДА ДЕТСТВА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Научный руководитель: асс. Рустамова Н.Б.

Цель. Изучить антропометрические показатели здоровых детей первого и второго периода детства и сопоставить их с данными детей с церебральным параличом.

Материалы и методы. Материалом исследования служили дети с ДЦП находившиеся на лечение в Республиканском детском психоневрологическом диспансере и в Бухарской областной психоневрологической больнице (67 детей, из них 37 мальчиков и 30 девочек). Контрольной группой служила практически здоровые дети, воспитанники детских садов и учащиеся школ г. Бухары (53 детей, из них 37 мальчиков и 16 девочек). Всего обследовано 120 детей в возрасте от 3 до 12 лет. При измерении антропометрических параметров грудной клетки - измеряли окружность грудной клетки с помощью измерительной ленты, поперечные и переднезадние размеры с помощью тазомера.

Результаты. Рост здоровых лиц мужского пола, начиная с 3 до 12 лет увеличивается 1,57 раза. Наибольший темп прироста наблюдается в 5 (7,9%) и 7 лет (7,83%), а наименьший - в 11 (2,3%) и 12 лет (3,2%). У девочек в 10 лет окружность грудной клетки в паузе равен 66,1 см (по нашим данным - $65,0 \pm 2,4$ см), а поперечный диаметр - 20,0 см (по нашим данным - $20,9 \pm 0,77$ см). Такие же близкие результаты получены Ж.С. Соорбековым (2004), в условиях среднегорья, обхват грудной клетки у 7 летних мальчиков равен в среднем - $59,4 \pm 0,3$ см в 12 лет - $68,7 \pm 0,2$ (по нашим данным - $61,4 \pm 2,27$ см; $69,0 \pm 2,76$ см соответственно). Переднезадний диаметр груди у лиц мужского пола с 3 до 12 лет увеличивается в 1,17 раза, у лиц женского пола в 1,21 раза. Наибольший темп прироста наблюдается в 5 (3,0%) и 9 лет (2,8%), у лиц женского пола в 10 (5,1%) и 12 лет (4,7%). Самый низкий темп прироста отмечен в 7, 11, 12 лет (по 0,7%), а у девочек в 4,6,7 лет (по 0,8%). Перекрест параметров переднезаднего диаметра груди между двумя группами происходит в 12 лет, это связано с ранним половым развитием лиц женского пола.

Выводы. Изменение размеров грудной клетки и талии происходит неравномерно. В обеих группах форма грудной клетки с возрастом изменяется от узкого к широкому. В первом периоде детства окружность грудной клетки и талии больше у детей с ДЦП. Из-за прогрессирования заболевания во втором периоде детства окружность грудной клетки у детей с церебральным параличом уменьшается. При ДЦП из-за высокого тонуса мышц туловища в первом периоде детства переднезадний размер грудной клетки становится большим по сравнению с поперечным, чем у здоровых детей. В более поздние сроки второго периода детства у больных с ДЦП поперечный диаметр грудной клетки становится больше на фоне уменьшения высоты грудной клетки.

Саидова Н., 6-босқич

БОЛАЛАР ХИРУРГИК ИНФЕКЦИЯСИДА ОЗОНОТЕРАПИЯ

Илмий раҳбар: т.ф.н., доц. Раупов Ф.С.

Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти. Ўзбекистон
Болалар хирургияси кафедраси

Мақсад. Болалар хирургик инфекцияларини даволашда озонотерапияни қўллаш ва самарадорлигини ўрганиш.

Материал ва услублар. Бухоро вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази йирингли хирургия бўлимида 1-ёшдан 14-ёшгача бўлган 19-та беморни даволашда озон қўлланилди. Касаллик беморларнинг 6-тасида флегмона, 7-тасида абсцесс, 4-тасида аденофлегмона ва 2-тасида йирингли ифлосланган жароҳат тарзида кечган. Анаънавий усулда даволанган 23 та беморнинг касаллик тарихи ретроспектив солиштириш учун ўрганилди. Озон “СНАINS “ аппаратида олинди. Жароҳат ҳар куни 1 марта 3-5 м. давомида озон билан ишлов берилди. Озонотерапия жароҳатда яллиғланиш аломатлари камайиб, йирингли-детритлардан тоза бўлгунча олиб борилди. Клиник самарадорлиги баҳоланди.

Натижалар. Йирингли жароҳатда микрофлора ўрганилганда дастлаб иккала гуруҳда ҳам деярли бир хилдаги микрофлора аниқланади. Таҳлил қилинганда, дастлаб 1мл ажратмада колония ҳосил килувчи бирлик (КХҚБ) иккала гуруҳда ҳам 10^5 дан кўп эканлиги аниқланди. Даволаш натижасида озон қўлланилган гуруҳда 30.3% беморда КХҚБ 10^5 юқорилиги, 3-кундан ҳамма кузатувларда КХҚБ 10^4 ва ундан камлиги кузатилди, бу эса анъанавий даволашдан самаралироқдир.

Хулоса. Болаларда йирингли хирургик инфекцияни даволашда озонни қўллаш даволаш клиник самарадорлигини бир неча марта оширади. Унинг таъсири остидаклиник баҳолаш меъзонлари олдинроқ яхши томонга ўзгариши кузатилади.

Тешаева Д.Ш., 1-курс

СКОЛИОЗ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАЛАРДА АНТРОПОМЕТРИК КЎРСАТКИЧЛАРНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ

Илмий раҳбар: асс. Камалова Ш.М.

Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти. Ўзбекистон
Анатомия, клиник анатомия кафедраси

Тана қисмлари ва аъзолари ўлчамларини аниқлаш маълум бир касалликнинг диагностикасида муҳим аҳамият касб этади. Умуртқи поғонасининг ён томонлама (чап ёки ўнг) қийшайишида кўкрак қафаси ҳажми конфигурацияси ўзгариши натижасида кўкрак қафасида жойлашган аъзолар (юрак, ўпка, қон томирлар), шунингдек, ошқозон, жигар, ичакларнинг функцияси бузилади. Эркаларда жисмоний зўриқишларга толерантлик пасаяди, аёлларда эса ҳомиладорлик ва туғруқ жараёнларига ўз салбий

таъсирини кўрсатмай қўймайди. Сколиоз касаллигида кўкрак қафаси деформацияси сабабли унинг нафасдаги экскурсияси қийинлашади, натижада сурункали гипоксия ривожланиб, ички аъзоларда моддалар алмашинуви бузилади.

Мақсад. Мактаб ёшидаги болаларда антропометрик кўрсаткичларни ўлчаш, уларни сколиоз билан касалланган болалар билан таққослаш, сколиоз касаллигининг олдини олиш.

Материал ва услублар. Тадқиқотлар 2-сонли ўрта мактабда ва Бухоро шаҳар сколиоз билан касалланган болалар учун ихтисослашган санаторий туридаги 23-сонли мактаб-интернатида олиб борилди. Илмий тадқиқот ишлари 8 ёшли 50 нафар соғлом ва сколиоз билан касалланган ўғил ва қиз болаларда олиб борилди. Болаларда антропометрик ўлчамлари аниқланди, бунда 8 ёшли қиз ва ўғил болаларнинг кўкрак қафаси кўрсаткичлари ўлчанди, ҳамда соғлом ва сколиоз билан касалланган ўғил ва қиз болаларда таққосланди.

Натижалар. 8 ёшли соғлом қиз болаларда кўкрак қафаси айланаси тинч ҳолатда 55 см дан 64 см гача, ўртача $58,9 \pm 0,6$ см ни ташкил этади, 8 ёшли соғлом ўғил болаларда эса 57 см дан 75 см гача, ўртача $63,5 \pm 1,9$ см га тенг. Сколиоз билан касалланган болаларда кўкрак қафасининг айланаси тинч ҳолатда 56 см дан 61 см гача, ўртача $58,6 \pm 6,3$ см ни ташкил этади. Соғлом болаларда бўй узунлиги 116 см дан 130 см гача, ўртача $123,8 \pm 0,6$ см, сколиоз билан касалланган болаларда эса 82 см дан 128 см гача, ўртача $117,1 \pm 12,6$ см га тенг.

Хулоса. Тана қисмлари, яъни кўкрак қафаси айланаси ўлчами сколиоз бўлган болаларда соғлом болаларга нисбатан камроқ, шунингдек, тик турганда бўй узунлигининг нисбати ҳам сколиоз билан касалланган болаларда пастроқ. Шунингдек, қиз болаларда умуртқа поғонасининг чап кўкрак соҳаси сколиози 33% ни, ўнг кўкрак соҳаси сколиози 67% ни ташкил этади. Ўғил болаларда эса чап кўкрак соҳаси сколиози 53% ни, ўнг кўкрак соҳаси сколиози 47% ни ташкил этади. Текшириш натижалари шуни кўрсатадики, сколиознинг I-II даражалари ўғил ва қиз болаларда бир хил учрайди. Қиз болаларда кўпроқ умуртқа поғонасининг ўнг томон қийшайиши учрайди, ўғил болаларда нисбат деярли бир хил. Сколиоз билан касалланган ҳамма болалар тикланиш даврида махсус санатория-курорт шароитида даволанишлари керак. Уларга ЛФК, массаж, физиотерапевтик муолажалар, сузиш, меҳнат терапияси буюрилади. Беморнинг умумий ахволи ва умуртқа деформацияси ҳисобга олинган ҳолда касб танланади. 2-3 даражали сколиозда оператив даволашга кўрсатма берилади.

Тропкина М.Н., 5-курс, Авилова В.В., 5-курс

ФУНКЦИЯ ПОЧЕК ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА У ДЕТЕЙ ПРИ РАЗЛИЧНОМ СТАЖЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Научный руководитель: Настаушева Т.Л.

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н.Бурденко.

Российская Федерация

Актуальность проблемы сахарного диабета (СД) не вызывает сомнений. Число больных, в том числе детей с СД 1 типа, прогрессивно увеличивается, остается высокой инвалидизация пациентов. Дебют диабета в детском возрасте предполагает развитие специфических осложнений после 5 лет от начала заболевания, что неблагоприятно влияет на качество жизни пациентов. Своевременная диагностика микроангиопатий, в том числе диабетической нефропатии, позволяет замедлить прогрессирование этого тяжелого осложнения, и тем самым отсрочить начало почечной заместительной терапии [3].

Цель. Анализ артериального давления, альбуминурии, и фильтрационной функции почек различными расчетными методами у детей с СД 1 типа в динамике заболевания.

Материалы и методы. В исследовании участвовало 82 пациента эндокринологического отделения областной детской клинической больницы г.Воронежа, страдающих СД 1 типа. На всех детей были заполнены карты, в которых фиксировались анамнестические, клинические и лабораторные показатели. Оценка функции почек проводилась расчетными методами: по формуле G.J. Schwartz [2] и модифицированной формуле KDIGO [1]. Полученные данные подвергли статистической обработке с помощью пакета программ Excel 2016 с использованием параметрических и непараметрических критериев.

Результаты и их обсуждение. Из 82 пациентов было 46 мальчиков (56%) и 36 девочек (44%). Возраст детей составил от 3 до 17 лет, средний возраст $11,11 \pm 0,46$ лет. Стаж СД 1 типа – от впервые выявленного до 16 лет, средняя продолжительность болезни $4,59 \pm 0,43$ года. У 27 пациентов был семейный тип диабета (33%), у 55 – спорадический (67%). При поступлении в стационар все дети находились в стадии декомпенсации СД, кетоацидоз отмечался у 12 детей (15%). В ходе исследования все пациенты были разделены на 4 группы согласно стажу заболевания.

Таблица 1

Распределение больных по группам

№ группы	Стаж заболевания	Количество пациентов
1	1-й год	23 (28%)
2	2-5-й год болезни	35 (42,7%)
3	6-10-й год болезни	16 (19,5%)
4	Более 10 лет болезни	8 (9,8%)

В первой группе средний возраст детей составил $11,0 \pm 0,5$ лет. Семейный тип диабета у 9 пациентов, спорадический – у 14. Среднее САД составило $105,3 \pm 1,3$, ДАД – $63,7 \pm 0,7$ ммрт.ст. Средний уровень альбуминурии составил

4,5±0,9 мг/л. Среднее значение СКФ по модифицированной формуле – 84,4±1,3 мл/мин/1,73 м², СКФ по Шварцу – 122,4±2,2 мл/мин/1,73 м². В этой группе выявлены следующие достоверные корреляционные связи.

Таблица 2

Корреляционные связи у детей с СД 1 типа в первый год заболевания					
	САД	ДАД	Альбуминурия	СКФ модиф.	СКФ по Шварцу
САД	–	–	–	–	–
ДАД	–	–	–	–	–
Альбуминурия	0,6	0,7	–	–	–
СКФ модиф.	0,5	–	–	–	–
СКФ по Шварцу	0,7	–	0,3	0,8	–

Примечание: в таблице 2 и последующих таблицах приведены только значимые коэффициенты корреляции.

Во второй группе средний возраст детей 11,32±0,7 лет. Семейный тип диабета у 12 пациентов, спорадический – у 23. Среднее САД составило 105,97±1,58, ДАД-65,65±1,26 ммрт.ст. Средний уровень альбуминурии составил 2,4±0,33 мг/л. Среднее значение СКФ по модифицированной формуле – 88,94±2,37 мл/мин/1,73 м², СКФ по Шварцу – 126,36±3,52 мл/мин/1,73 м².

Таблица 3

Корреляционные связи у детей с СД 1 типа при стаже болезни от 1 до 5 лет

	САД	ДАД	Альбуминурия	СКФ модиф.	СКФ по Шварцу
САД	–	–	–	–	–
ДАД	–	–	–	–	–
Альбуминурия	–	–	–	–	–
СКФ модиф.	–	–	–	–	–
СКФ по Шварцу	0,5	0,6	–	0,6	–

В третьей группе средний возраст 13,24±0,7 лет. Семейный тип диабета у 4 пациентов, спорадический – у 12. Среднее САД составило 112,06±3,56, ДАД – 64,41±1,54 мм. рт.ст. Средний уровень альбуминурии составил 3,85±0,98 мг/л. Среднее значение СКФ по модифицированной формуле-84,98±2,28 мл/мин/1,73 м², СКФ по Шварцу – 127,13±5,07 мл/мин/1,73 м².

Таблица 4

Корреляционные связи при СД 1 типа при стаже болезни от 5 до 10 лет

САД	ДАД	Альбуминурия	СКФ	СКФ по
-----	-----	--------------	-----	--------

				модиф.	Шварцу
САД	–	–	–	–	–
ДАД	–	–	–	–	–
Альбуминурия	–	0,3	–	–	–
СКФ модиф.	–	–	–	–	–
СКФ по Шварцу	0,4	–	0,3	0,7	–

В четвертой группе средний возраст составил $16,43 \pm 0,7$ лет. Семейный тип диабета у 2 пациентов, спорадический – у 6. Среднее САД составило $105,71 \pm 2,97$, ДАД – $63,57 \pm 1,8$ мм. рт.ст. Средний уровень альбуминурии составил $11,11 \pm 4,54$ мг/л. Среднее значение СКФ по модифицированной формуле – $77,2 \pm 1,94$ мл/мин/1,73 м², СКФ по Шварцу – $123,00 \pm 4,41$ мл/мин/1,73 м².

Таблица 5

Корреляционные связи у детей с СД 1 типа при стаже болезни более 10 лет

	САД	ДАД	Альбуминурия	СКФ модиф.	СКФ по Шварцу
--	-----	-----	--------------	------------	---------------

САД	–	–	–	–	–
ДАД	0,5	–	–	–	–
Альбуминурия	0,4	–	–	–	–
СКФ модиф.	0,5	0,5	0,4	–	–
СКФ по Шварцу	–	–	0,4	–	–

Функция почек в первых трех группах больных (при продолжительности болезни до 10 лет) оказалась практически одинаковой: 1 группа – СКФ $84,4 \pm 1,3$; 2 группа – $88,94 \pm 2,37$; 3 группа – $84,98 \pm 2,28$. При стаже СД 1 типа более 10 лет СКФ достоверно ниже $77,20 \pm 1,94$ ($p < 0,05$).

Выводы. По результатам нашего исследования у детей, больных СД 1 типа функция фильтрации достоверно и значимо снижается при длительности болезни более 10 лет, что соответствует данным литературы. При стаже болезни от 5 до 10 лет функция почек остается в пределах нормальных величин. Установлена достоверная корреляция СКФ с артериальным давлением и альбуминурией. С учетом выявленной тесной связи между двумя расчетными формулами по определению СКФ (формула Шварца и модифицированная) возможно использование их в практике у детей с СД 1 типа.

Список литературы

1. WHO Multicentre Growth Reference Study Group. WHO Child Growth Standards: Length/ height- for age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development. – Geneva: World Health Organization, 2006.
2. A simple estimate of glomerular filtration rate in children derived from body length and plasma creatinine / G.J. Schwartz [et al.] // Pediatrics. – 1976. – Vol. 58. – P. 259-263.
3. Федеральные клинические рекомендации (протоколы) по ведению детей с эндокринными заболеваниями / Под ред. И. И. Дедова и В. А. Петерковой. - М.: Практика, 2014. - 442 с.

Хикматова Ш.У., 3-курс

ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТИРЕОИДНОГО СТАТУСА И КОРТИЗОЛА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Научный руководитель: д.м.н., проф. Наврузова Ш.И.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.

Узбекистан

Кафедра педиатрии

Цель. Изучить состояния функции щитовидной железы (ЩЖ) и кортизола у больных детей с ВПС.

Материалы и методы. Были проведены клиничко-лабораторные и функциональные (ДоЭХОКГ, ЭКГ, рентгенография) исследования 60 больных с ВПС, из них-30 детей с дефектом межжелудочковой перегородки (ДМЖП) и - 30 детей с Тетрадой Фалло (ТФ) в возрастном аспекте. Хирургическая операционная коррекция ВПС проведена в кардиохирургическом центре ТашПМИ и в Республиканском центре грудной хирургии имени Вахидова, а также зарубежом: в РФ, на Украине и в Индии. Исследования крови больных детей с ВПС на тиреоидный (Т3, Т4, ТТГ) и кортикоидный статус (кортизол) проводились в лаборатории диагностического центра города Бухары методом иммуноферментного анализа на приборе STATFAX 303 (США, 2010г) с использованием стандартного набора реагентов АО ВЕКТОР-БЕСТ (Международные сертификаты ISO 9001 и ISO 13485, Россия). Анализы крови были взяты рано утром натощак и до утреннего умывания в периоды до операции, в первые 3 месяца и через 6 месяцев после операции.

Результаты. Исследование крови больных детей на уровне тиреоидного статуса и кортизола в возрастном аспекте позволило выявить явление дисфункции ЩЖ и дискортизолемии при ВПС. Динамическое изучение состояния нейро-гуморальной регуляции организма путем исследования гормонов ЩЖ и кортизола у больных после хирургической коррекции ВПС показал развитие вторичного гипертиреоидного состояния в 4-18 лет, и транзиторного гипокортицизма в возрасте до 18 лет. Сниженный синтез ТТГ при этом сохраняется у детей в возрасте до 3-х лет и в 15-18 лет, в возрасте от 4-14 лет отмечается его повышение. Компенсаторное повышение уровня свободного Т4

после хирургической коррекции ВПС отражает повышение регуляции энергетического и пластического обмена в организме. Установлено, что при синих пороках сердца, в частности при ТФ после оперативной коррекции, отмечается компенсаторное гипертиреозное состояние, направленное на усиление теплопродукции и потребления кислорода всеми тканями организма. Это проявляется достоверным повышением уровня общего и свободного Т4 до $115,83 \pm 1,9$ Нмоль/л вместо $109,288 \pm 1,7$ Нмоль/л и до $22,308 \pm 1,2$ пмоль/л вместо $16,731 \pm 0,9$ пмоль/л при ТФ соответственно ($P < 0,05$). При ДМЖП отмечается достоверное 2-хкратное снижение уровня свТ4 до $14,671 \pm 1,7$ нмоль/л и повышение общ Т4 до $107,078 \pm 1,5$ нмоль/л по сравнению с данными до операции, что отражает гипofункцию ЩЖ ($p < 0,05$). Синтез ТТГ в послеоперационном периоде достоверно снижается при белых ВПС: до $1,62 \pm 0,7$ Мед/л вместо $2,75 \pm 0,6$ Мед/л при ДМЖП ($p < 0,05$). Хирургическая коррекция «синих» ВПС, в ТФ способствовала достоверному повышению его синтеза до $2,96 \pm 0,31$ Мед/л вместо $2,55 \pm 0,3$ Мед/л ($p < 0,05$) по отношению к дооперационной группе. Исследованием выявлены изменения в крови больных с ВПС по изучению уровня кортизола в динамике. Полученные данные отражают достоверное снижение кортизола после хирургической паллиативной коррекции до $249,76 \pm 2,1$ нмоль/л при ДМЖП и до $272,53 \pm 1,9$ нмоль/л при ТФ ($p < 0,05$).

Выводы. Установлена низкая функция ЩЖ у детей до 18 лет при ВПС (ДМЖП и ТФ). Естественное течение ВПС у детей в раннем детском и пубертатном возрасте (до 5 лет и в 15-18 лет) сопровождается повышением синтеза кортизола (гиперкортизолемиа). После хирургической коррекции при синих ВПС (ТФ) развивается транзиторное гипертиреозное состояние и гипокортицизм, при ДМЖП – «латентный» гипотиреоз и гипокортицизм, что определяет необходимость взятия больных данной категории под контроль эндокринолога и кардиолога для исключения стойкой её дисфункции в последующие 6 месяцев и до 1 года после хирургической коррекции ВПС.

Шигабутдинова А.Р., 4-курс, Туктарова Э.А., 4-курс, Галактионова Д.М., 2-курс
ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИСПЕПСИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА

Научный руководитель: к.м.н., доц. Гордиенко Л.М.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская Федерация

Кафедра факультетской педиатрии и эндокринологии

Функциональная патология желудочно-кишечного тракта в последнее десятилетие активно изучается педиатрами и гастроэнтерологами. Критерии и подходы к изучению и лечению закреплены в действующих международных и отечественных соглашениях. Одним из наиболее распространенных функциональных заболеваний у детей является функциональная диспепсия.

Цель. Установить клинические особенности и факторы риска развития функциональной диспепсии (ФД) у детей раннего возраста.

Материалы и методы. В ходе исследования были проанализированы анамнестические и клинические данные 25 детей в возрасте от 1,5 до 5 лет. Ведущими синдромами у детей с ФД были абдоминальный и диспепсический синдромы: у всех 25 (100%) детей наблюдались боли в околопупочной области живота, среди которых у 8 (32%) детей боли не были связаны с приемом пищи. Самочувствие больных во многом определялась степенью выраженности абдоминального болевого синдрома с проявлениями астеновегетативного синдрома: у 20 детей (80%) наблюдалась вялость, слабость и сонливость, у 5 (20%) раздражительность и плаксивость.

Результаты. Выраженность абдоминального болевого синдрома определялась частотой и интенсивностью болей. Частота болей у обследованных детей варьировала от 1-2 раз в год до нескольких раз в сутки. Большинство детей (40%) боли беспокоили достаточно часто: от ежедневных до еженедельных. Для определения интенсивности болевого синдрома была использована трехступенчатая градация (легкая, средней интенсивности и сильная боль). Согласно анамнестическим данным, у детей преобладали боли средней интенсивности (48%), а у 20% детей преобладали боли тяжелой интенсивности, во время которых ребенок занимал вынужденное положение и нуждался в принятии лекарственных средств.

Основным фактором возникновения абдоминальной боли был пищевой фактор: у 32% детей в анамнезе наблюдалось перекармливание, у 48% детей - ранний перевод на искусственные адаптированные молочные смеси, у 52% детей - нарушение режима питания (плотный ужин незадолго до сна), у 12% - паразитарные инвазии. Наиболее частыми проявлениями диспепсического синдрома были тошнота (52%), многократная рвота (68%), отказ от еды и питья (52%), снижение аппетита (80%), задержка стула (20%), отрыжка (12%), вздутие живота (20%). Генетическая предрасположенность по патологии ЖКТ выявлена у 52% детей. Триггерным фактором в развитии ФД имела место ротавирусная инфекция (в 20% случаев), прием антибиотиков и изменение микрофлоры кишечника (28% случаев).

Выводы. Многофакторное воздействие на организм ребенка раннего возраста с превалированием алиментарного фактора в ассоциации с генетической предрасположенностью требует от врача-педиатра первичного звена здравоохранения своевременной диагностики, профилактики, персонализированной коррекции лечения.

Шигабутдинова А.Р., 4-курс, Туктарова Э.А., 4-курс, Галактионова Д.М., 2-курс

КЛИНИКО-ПАРАКЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Научный руководитель: к.м.н., доц. Гордиенко Л.М.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская
Федерация

Известно, что диагноз функциональной диспепсии устанавливается на основании изучения и анализа симптомов, анамнеза заболевания, результатов физикального обследования больных, а также данных лабораторно-инструментального обследования, по существу, - посредством исключения органических заболеваний, при которых возникли симптомы диспепсии, т. е. исключения органической диспепсии.

Цель. Выявление параклинических особенностей течения функциональной диспепсии.

Материалы и методы. В ходе исследования были проанализированы лабораторные данные 25 детей в возрасте от 1,5 до 5 лет, находящихся на стационарном лечении в ГКБ №6 города Оренбурга с диагнозом функциональной диспепсии в ноябре 2018 года.

Результаты. Удалось отметить следующие особенности течения диспепсии: в клиническом анализе крови у одного ребенка (4%) наблюдалась анемия легкой степени тяжести, лейкопения у 9 детей (36%), лимфоцитоз у 8 детей (32%). Лимфоцитоз объясняется недавно перенесенной острой респираторно-вирусной инфекцией (ОРВИ). Также в анализе крови у одного ребенка (4%) была отмечена тромбоцитопения, которая так же объясняется недавно перенесенным ОРВИ. Эозинофилия, отмеченный у одного ребенка (4%), говорит о наличии паразитарной инвазии. Особое внимание следует уделить копрограмме, в составе которой основным веществом был детрит у 25 детей (100%), также были обнаружены бактерии у 12 детей (48%), крахмал внеклеточный у 13 детей (52%), крахмал внутриклеточный у 6 детей (24%), непереваренная растительная клетчатка у 5 детей (20%), переваренная у 4 детей (16%). Стоит отметить, что в биохимическом анализе крови абсолютно у всех детей была повышена щелочная фосфатаза. В общем анализе мочи у 9 детей (36%) была выявлена ацетонурия, у этих же детей был поставлен сопутствующий диагноз: вторичный ацетонемический синдром, который требует ранней диагностики и своевременной коррекции.

Выводы. В выявлении функциональной диспепсии немаловажную роль играют лабораторные методы исследования, которые позволяют определить уровень поражения желудочно-кишечного тракта и дифференцировать функциональную диспепсию от органической диспепсии.

Шигабутдинова А.Р., 4-курс, Туктарова Э.А., 4-курс, Галактионова Д.М., 2-курс

СОВРЕМЕННЫЙ КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Научный руководитель: к.м.н., доц. Гордиенко Л.М.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская
Федерация

Кафедра факультетской педиатрии и эндокринологии

Основное направление в лечении маленьких пациентов с функциональной диспепсией - устранение причины, которые привели к развитию заболевания, коррекция и ликвидация провоцирующих факторов.

Цель. Изучить лечебную тактику для ведения детей раннего возраста с функциональной диспепсией.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ лечения историй болезни 25 детей в возрасте от 1,5 до 5 лет, находящихся на стационарном лечении в ГКБ №6 города Оренбурга с диагнозом функциональной диспепсии в ноябре 2018 года установил, что в зависимости от тяжести состояния включалась инфузионная терапия (10% раствор глюкозы внутривенно капельно при массе тела от 0 до 10 кг – 100 мл/кг в сутки, при массе тела от 10 до 20 кг – 1000 мл+50 мл на каждый кг свыше 10 кг в сутки; 0,9% раствор натрия хлорида внутривенно от 20 до 100 мл в сутки на 1 кг веса), регуляторы моторики кишечника-прокинетики. Препаратом выбора являлся метоклопрамид (суточная доза для парентерального введения 0.5-1 мг/кг, частота приема - 1-3 раза/сут), агонист опиоидных рецепторов - небутин (детям в возрасте 3-5 лет - по 25 мг 3 раза/сут), способный ускорять замедленную эвакуацию из желудка, назначение ферментативных препаратов: панкреатина (детям в возрасте до 1.5 лет - 50 000 ЕД/сут; старше 1.5 лет - 100 000 ЕД/сут.) и креона (детям в возрасте до 1.5 лет - 50 000 ЕД/сут; старше 1.5 лет - 100 000 ЕД/сут), спазмолитических препаратов в виде дротаверина (10-20 мг внутримышечно). В комплексное лечение включались витамины В6 и В12, пробиотики (бифиформ по 0.5 г (1 доза) в день во время еды). Детям, имеющим сопутствующие заболевания в виде острого бронхита и острого ринофарингита наряду с противовирусными препаратами назначались антибиотики (цефтриаксон внутримышечно для детей в возрасте от 2 месяцев до 12 лет - 40-100 мг/кг, кратность введения 1 раз/сут; амикацин внутримышечно 10 мг/кг, затем по 7.5 мг/кг каждые 12 ч), противокашлевые препараты в виде ингаляций (амбробене, лазолван, беродуал).

Результаты. Эффективность проводимой терапии доказана через сроки купирования основных клинко-параклинических проявлений заболевания: 12% детей – на 2 сутки, у 24% - на третьи, у 64% - на 5 и более суток.

Основными направлениями в лечении ФД являются: устранение причины, которая привела к развитию заболевания; провоцирующих факторов; лечение сопутствующих заболеваний, усугубляющих течение функциональных нарушений; коррекция нарушений моторики органов пищеварения, микробиоты кишечника.

Выводы. Комплексный, этиопатогенетический подход в лечении с учетом возраста, клинко-параклинических проявлений, фоновых и триггерных состояний, характера питания ребенка раннего и дошкольного возраста позволяет выйти на ранний этап компенсации функциональных расстройств пищеварительной системы, предупреждения развития хронической патологии в детском возрасте. Римские критерии IV дают четкую программу введения

таких пациентов, с которыми ежедневно сталкивается врач-педиатр первичного звена здравоохранения.

Шкунова С.С., 4-курс, Киселёва М.П., 5-курс

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЁБНЫХ МИНДАЛИН ПРИ ИХ ГИПЕРТРОФИИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Научные руководители: д.б.н., проф., заслуженный работник высшей школы

Российской Федерации Шевлюк Н.Н.; д.м.н., доц. Долгов В.А.

Оренбургский государственный медицинский университет.

Российская Федерация

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

Гипертрофия нёбных миндалин относится к числу наиболее распространённых патологий детского возраста. Причины гипертрофии нёбных миндалин многообразны. Несмотря на большое число работ, посвящённых исследованию миндалин, многие аспекты реактивных и адаптивных преобразований миндалин являются дискуссионными и нуждаются в дополнительном изучении. К числу таких вопросов относятся и вопросы патогенеза гипертрофии нёбных миндалин [1,2,3].

Цель исследования: установить закономерности структурно-функциональной организации нёбных миндалин детей младшего и среднего возраста (от 3 до 14 лет) с гипертрофией нёбных миндалин 2-3 степени.

Пациенты и методы. Объектом исследования служили нёбные миндалины, полученные после тонзиллотомии от 47 детей в возрасте 3-14 лет с гипертрофией нёбных миндалин 2-3-й степени. Пациенты по возрасту распределялись следующим образом: 2-4 года (n=16), 5-6 лет (n=18), 7-9 лет (n=6), 10-12 лет (n=4), 13-14 лет (n=3).

Клиническое обследование включало: жалобы детей и родителей, анамнез заболевания, осмотр ЛОР врача, педиатра, лабораторные анализы. Для гистологических исследований удаленных миндалин фиксировали в 12% растворе формалина, обезвоживали в спиртах возрастающей концентрации, заливали в парафин. На ротационном микротоме готовили гистологические срезы толщиной 5-7 микрометров. Срезы окрашивали с использованием обзорных гистологических (гематоксилин Майера и эозин, по Ван Гизону), гистохимических (ШИК-реакция с контролем амилазой). На гистологических срезах, проводили морфометрию структур миндалин (измеряли площадь, занимаемую лимфоидной и соединительной тканью, определяли диаметр фолликулов, толщину эпителиального пласта в криптах и в поверхностном эпителии, число лейкоцитов на единицу площади эпителия и соединительной ткани, производили подсчёт клеточных элементов соединительной ткани).

Результаты. У 34 детей с гипертрофией нёбных миндалин в анамнезе отмечали частые респираторные заболевания. У остальных 13 детей наблюдался экссудативный диатез (4), аллергические (7) и эндокринные

заболевания (2). Всем детям была произведена операция тонзиллотомия под общим наркозом. Анализ гистологических препаратов частично удаленных небных миндалин у всех 47 детей показал, что лимфоидная ткань небных миндалин представлена как лимфоидными узелками (фолликулами), так и диффузно расположенной лимфоидной тканью. Площадь, занимаемая на срезах фолликулами и диффузно расположенной лимфоидной тканью варьировала в широких пределах. Лимфоидные фолликулы располагались в основном одиночно, реже – в виде скоплений. Форма лимфоидных фолликулов варьировала, на гистологических срезах преобладали фолликулы округлой и овальной формы. У 34 обследованных детей в небных миндалинах, несмотря на отсутствие в анамнезе ангин, отмечался выраженный воспалительный процесс. На фоне умеренного отёка ткани миндалин наблюдалась значительная лейкоцитарная инфильтрация как эпителия, так и подлежащей соединительной ткани. Среди лейкоцитов преобладали лимфоциты и макрофаги, обнаруживались также плазматические и тучные клетки. Сосуды микроциркуляторного русла были расширенными, в ряде случаев в капиллярах отмечался стаз форменных элементов крови, очаговая деструкция сосудов микроциркуляторного русла. В миндалинах этих 34 пациентов доля фолликулов с выраженными реактивными центрами была снижена по сравнению с детьми, у которых выраженность воспалительного процесса в миндалинах была слабой. Цитоплазма значительного числа эпителиоцитов многослойного плоского эпителия (как на поверхности миндалин, так и в криптах) была вакуолизированной, ядра гиперхромными, отмечались явления кариорексиса. В некоторых участках эпителия отмечалась очаговая десквамация эпителиального пласта, интенсивная лейкоцитарная инфильтрация была наиболее выраженной в эпителии крипт. У меньшей части детей (11) удалённая лимфоидная ткань была без выраженных признаков лейкоцитарной инфильтрации эпителия и межфолликулярной соединительной ткани. Деструктивные изменения в фолликулах миндалин не выявлены. В большинстве фолликулов миндалин этих пациентов имелись хорошо выраженные реактивные центры.

Выявлены значительные изменения толщины эпителия крипт небных миндалин в зависимости от возраста детей. Так, у детей в возрасте 3-6 лет высота его составила 32-37 мкм, а на поверхности миндалин 55-65 мкм. С увеличением возраста детей толщина поверхностного эпителия и эпителия крипт увеличилась почти в два раза. Одновременно с этим наблюдалось разрастание соединительной ткани и её склерозирование. Линейные размеры фолликулов уменьшались с увеличением возраста детей.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о том, что одной из причин гипертрофии миндалин являются воспалительные процессы. Выявленные морфологические изменения свидетельствовали о наличии хронического воспалительного процесса в большинстве исследованных миндалин. Степень выраженности деструктивных изменений в небных миндалинах обследованных пациентов была выше у детей средней возрастной

группы (в возрасте 12-14 лет) в сравнении с детьми 3-9 лет. Очевидно, обнаруженные изменения в исследованных миндалинах можно объяснить наличием в анамнезе у детей частых респираторных заболеваний, при которых в воспалительный процесс вовлекался и лимфоидный аппарат глотки.

Список литературы

1. Насыров Р.А., Иудина Т.А. Иммуноморфологическое исследование небных миндалин при их гипертрофии у детей//Архив патологии. 2011. Т.73. №5. С.32-36.
2. Шевлюк Н.Н., Долгов В.А., Артамонова Н.Э. Морфофункциональная характеристика небных миндалин у детей по результатам тонзиллотомии// Журнал анатомии и гистопатологии. 2018. Т.7. №2. С.99-102.
3. Kemal M., Antigen-presenting cells in the hypertrophic pharyngeal tonsils: a histochemical? Immunohistochemical and ultrastructural study// Invest. Allergol. Clin. Immunol. 2004. №4. P.320-328.

Янгурчина А.Г., 3-курс, Янгурчина Ю.Г., 3-курс

ФОРМИРОВАНИЕ АДАПТАЦИОННЫХ ПРОЦЕССОВ – УСПЕХ СОЦИАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ

Научный руководитель: к.м.н., доц. Панфилова Т.В.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская

Федерация

Кафедра патологической физиологии

Адаптация - развивающийся в ходе жизни процесс, в результате которого организм приобретает устойчивость к определенному фактору окружающей среды и, таким образом, получает возможность жить в условиях, ранее несовместимых с жизнью и решать задачи, прежде неразрешимые (Ф.З. Меерсон, М.Г. Пшенникова, 1988). Существует генотипическая адаптация, в результате которой на основе наследственной изменчивости, мутаций и естественного отбора сформировались современные виды животных и растений. Фенотипическая адаптация – это адаптация, приобретаемая в ходе индивидуальной жизни организма. Она формируется в процессе взаимодействия особи с окружающей средой и нередко обеспечивается глубокими структурными изменениями организма. Впервые представление об адаптационном процессе было сформулировано Селье в 1935-1936 гг. Он совершил главное свое открытие – явление стресса и общего адаптационного синдрома как основы формирования неспецифической резистентности организма. В развитии адаптационных реакций прослеживаются два этапа: начальный этап срочной, но не совершенной адаптации и последующий этап совершенной долговременной адаптации.

Срочный этап адаптационной возникает после начала действия раздражителя, может реализоваться лишь на основе готовых, ранее сформировавшихся физиологических механизмов. На этом этапе деятельность организма протекает на пределе его физиологических возможностей – при

почти полной мобилизации его функционального резерва. Долговременная адаптация развивается на основе многократной реализации срочной адаптации и характеризуется тем, что в ходе ее становления начинается доминирование защитно-компенсаторных реакций со стороны органов и систем, избирательно ответственных за адаптацию к данному фактору. Основой долговременной адаптации является активация синтеза нуклеиновых кислот и белка. Увеличение мощности функциональных систем, связанное с их структурными изменениями, получило название системный структурный след (Ф.З. Меерсон). Формирование системного структурного следа знаменует переход от адаптации срочной к адаптации надежной и долговременной.

Важным и необходимым компонентом адаптационного синдрома является стресс. Стресс - генерализованный неспецифический ответ организма на воздействие различных факторов необычного характера, силы или длительности. Стресс характеризуется стадийной неспецифической активацией защитных процессов и повышением общей резистентности организма с возможным последующим снижением её и развитием патологических процессов и реакций. У детей устойчивость к стрессу еще не выработана и ответом на эмоциональный стресс часто являются психосоматические нарушения. Стрессовая ситуация требует от организма ребенка какого-то действия, а любое действие влечет за собой трату энергии. В стрессовых ситуациях расход энергии в организме ребенка увеличивается в десятки раз. Вероятность, что определенный стрессор повлияет на ребенка или вызовет расстройство адаптации, зависит от его внезапности, непредсказуемости, длительности, повторяемости и умышленности. В том случае, если сразу после стресса переживания носят острый характер (учащенный пульс, повышенное кровяное давление, тревога, паника), если какое-то событие вызвало сильное потрясение, то в дальнейшем существует большая вероятность развития расстройства адаптации. Детское дошкольное учреждение (ДДУ) – новый, важный период в жизни каждого ребенка. С приходом ребенка в дошкольное учреждение его жизнь существенно меняется: строгий режим дня, отсутствие родителей или других близких родственников, новые требования к поведению, постоянный контакт со сверстниками, другой стиль общения. Все это создает стрессовую ситуацию, которая может привести к невротическим реакциям (страхам, капризам, истерикам, отказу от еды, частым болезням, психической регрессии). Чем старше ребенок, тем быстрее он может адаптироваться к новым условиям. Поэтому особо остро проблема адаптации стоит с детьми раннего возраста.

Специалисты Института возрастной физиологии РАО в процессе физиологической адаптации выделяют три степени. При лёгкой адаптации поведение ребёнка нормализуется в течение двух недель. Аппетит восстанавливается уже к концу первой недели, через 1-2 недели налаживается сон. Настроение бодрое, заинтересованное, в сочетании с утренним плачем. Отношения с близкими взрослыми не нарушаются, ребенок поддается ритуалам прощания, быстро отвлекается, его интересуют другие взрослые. Отношение к

детям может быть как безразличным, так и заинтересованным. Вес без изменений. Признаки невротических реакций и изменения в деятельности вегетативной нервной системы отсутствуют.

Средняя степень адаптации. Нарушения в общем состоянии выражены ярче и продолжительнее. Сон и аппетит восстанавливаются лишь через 20-40 дней. Настроение неустойчивое в течение месяца, плаксивость в течение всего дня. Отношение его к близким - эмоционально-возбужденное (плач, крик при расставании и встрече). Отношение к детям безразличное, но может быть и заинтересованным. В игре ребенок не пользуется приобретенными навыками, игра ситуативная. Отношение к взрослым избирательное. Появляются признаки невротических реакций: избирательность в отношениях со взрослыми и детьми, общение только в определенных условиях.

Тяжелая степень адаптации. Ребенок плохо засыпает, сон короткий, вскрикивает, плачет во сне, просыпается со слезами; аппетит снижается сильно и надолго, может возникнуть стойкий отказ от еды. Настроение безучастное, ребенок много и длительно плачет, поведенческие реакции нормализуются к 60-му дню пребывания в ДДУ. Отношение к близким - эмоционально-возбужденное, лишенное практического взаимодействия. Отношение к детям: избегает, сторонится или проявляет агрессию (кусаются, дерется). Отказывается от участия в деятельности. Речью не пользуется или имеет место задержка речевого развития на 2-3 периода.

Основными показателями адаптации ребенка к школе являются формирование адекватного поведения, установление контактов с учащимися и учителем, овладение навыками учебной деятельности. Наблюдение за школьниками первых классов показали, что социально-психологическая адаптация детей к школе может проходить по разному.

Первая группа детей (56%) адаптируется к школе в течение первых двух месяцев обучения, т.е. примерно за тот же период, когда проходит и наиболее острая физиологическая адаптация. Эти дети относительно быстро вливаются в коллектив, осваиваются в школе, приобретают новых друзей в классе; у них почти всегда хорошее настроение, они спокойны, доброжелательны, добросовестно и без видимого напряжения выполняют все требования учителя. Иногда у них отмечаются сложности либо в контактах с детьми, либо в отношениях с учителем, но к концу октября трудности этих детей, как правило, нивелируются. Вторая группа детей (30%) проходит более длительный период адаптации, несоответствие их поведения требованиям школы затягивается: дети не могут принять ситуацию обучения, общения с учителем, детьми - они могут играть на уроках или выяснять отношения с товарищем, они не реагируют на замечания учителя или их реакция - слезы, обида. Эти дети испытывают трудности и в усвоении учебной программы. Лишь к концу первого полугодия реакция таких детей становится адекватной требованиям учителя. Третья группа (14%) - дети, у которых социально-психологическая адаптация связана со значительными трудностями; у них отмечаются негативные формы поведения, резкое проявление отрицательных эмоций, кроме того, они не

усваивают учебную программу. Именно на таких детей чаще всего жалуются учителя, дети, родители: они «мешают работать в классе», «третируют детей», их реакции непредсказуемы, а некоторые проблемы, накапливаясь, становятся комплексными.

При развитии стадии истощения процессы, лежащие в её основе, могут обусловить развитие болезней адаптации (дезадаптации). Это заболевания, в которых более выражены патологические процессы, вызванные неадекватным действием адаптивных гормонов, а не действием патогенного фактора (заболевания сердечно-сосудистой системы, патология желудочно-кишечного тракта, иммунопатологические заболевания, заболевания системы внешнего дыхания, нефропатии, заболевания пародонта, психоневрозы).

Адаптация включает широкий спектр индивидуальных реакций, характер которых зависит от психофизиологических и личностных особенностей ребенка, от уровня развития интеллектуальных функций, эмоционально-волевой сферы, сформированности коммуникативных навыков, от сложившихся семейных отношений, от условий пребывания в дошкольном учреждении. Поэтому темпы адаптации у разных детей будут различны.

11-СЕКЦИЯ. ПРОБЛЕМЫ СТОМАТОЛОГИИ, ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ И ОФТАЛЬМОЛОГИИ

Абдуллаев М.М., 2-курс

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА НА ФОНЕ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДОЧНО- КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

Научный руководитель: асс. Мусашайхов У.Х.

Андижанский государственный медицинский институт. Узбекистан

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

В настоящее время актуальнейшей проблемой в детской стоматологии является рецидивирующий афтозный стоматит. С каждым годом растет процент встречаемости данного заболевания, в связи с этим необходимо разрабатывать новые методы лечения.

Многочисленные клинические наблюдения свидетельствуют о том, что заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) сопровождаются патологическими изменениями слизистой оболочки полости рта. Патология полости рта диагностируется у 92% больных с заболеваниями ЖКТ.

В последние годы большое значение в развитии язвенной болезни и гастрита придается инфекционному фактору – *Helicobacter pylori* – НР.

На сегодняшний день золотым стандартом анаэробоцидных средств является метронидазол, это и объясняет его высокую эффективность при воспалительных заболеваниях пародонта и слизистой оболочки полости рта, в особенности в сочетании с хлоргексидином.

Цель. Изучение местного влияния метронидазола и хлоргексидина на течение хронического рецидивирующего афтозного стоматита на фоне заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Материалы и методы. Нами были исследованы 10 детей в возрасте от 7 до 9 лет с гастритом, ассоциированным с НР, в сочетании с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом.

Лечение гастрита проводилось у педиатра.

Все больные разделены по группам. В первой группе (группа сравнения) местное лечение включало аппликации местноанестезирующего препарата, с последующим снятием некротического налета и нанесение на слизистую оболочку полости рта облепихового масла. Во второй группе (5 человек) наряду с общепринятыми мероприятиями проводили аппликацию метронидазола и хлоргексидина.

Результаты. Курс лечения проводился в течение 5-7 дней, аппликации метронидазола и хлоргексидина на место афт 2 раза в день. На 2-3 день наблюдалось отторжение некротического налета, слизистая оболочка вокруг афт приобретала нормальный бледно-розовый цвет, болевые ощущения во время приема пищи и разговора снизились.

Выводы. Проведение стоматологических мероприятий в сочетании с

лечением заболеваний органов пищеварения, в том числе и эрадикационной терапией, привело к восстановлению СОПР у обследованных пациентов.

Проведенное исследование подтверждает важность комплексного лечения хронического рецидивирующего афтозного стоматита и НР-ассоциированной патологии верхних отделов пищеварительного тракта с проведением эрадикационной терапии, направленной на уничтожение микроорганизма и в полости рта, и в антральном отделе желудка. Эрадикация НР в полости рта служит важным звеном вторичной профилактики. Использование метронидазола и хлоргексидина позволяет сократить сроки наступления стабилизации воспалительно-деструктивных процессов и способствует эрадикации Нр в полости рта.

Атасян С.А., 2-курс, Лагутина Е.В., 2-курс, Лайва В.А. 2 курс

КАРИЕС – БОЛЕЗНЬ ЦИВИЛИЗАЦИИ

Научный руководитель: к.м.н., доц. Киргизова С.Б.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская
Федерация

Кафедра микробиологии, вирусологии, иммунологии

Современная стоматология развивается довольно быстрыми темпами, внедряются новые прогрессивные технологии. Средства массовой информации с высокой периодичностью стараются просвещать население о необходимости поддерживать стоматологическое здоровье.

Одной из актуальных проблем здравоохранения являются вопросы оценки качества оказания стоматологической помощи населению.

Цель. Изучение уровня распространения кариеса в Оренбургской области, так как именно кариес зубов является самой распространённой патологией среди населения.

Кариес - патологический процесс, проявляющийся деминерализацией и последующим разрушением твердых тканей зуба под воздействием кариесогенной микрофлоры с образованием дефекта в виде полости. Кариес является болезнью всех возрастов, и дети и взрослые страдают от данного заболевания. Конечно, немало важную роль в распространенности кариеса играют условия жизни человека, его работа и непосредственно продукты питания, употребляемые человеком в пищу.

Результаты. Проведя статистические исследования по вопросу распространения кариеса в Оренбургской области, были сделаны следующие выводы. Большинство пациентов, которые жалуются на наличие кариозных поражений это люди с 35 до 48 лет. Около 35% пациентов, это люди с возрастом от 15 до 25 лет. Данные цифры говорят о том, что нерациональная гигиена полости рта может привести к развитию кариеса у молодых людей, особенно у людей подросткового возраста. Следует отметить, что около 60% пациентов это представитель женского пола. Люди возрастом 60-67 лет также обращаются к врачу стоматологу с проблемой кариеса зубов, они составляют

около 25% от количества всех пациентов. Интересно отметить, что большинство пациентов, обращающихся к стоматологу-это люди таких профессий, как инженер-механик, экономист, финансист, менеджер и юристы. Около 45% пациентов, обращающихся к врачу имеют диагноз глубокий кариес, так как многие люди приходят с жалобами на боль при приеме сладкой и кислой пищи. Многие пациенты обращаются к врачу при ухудшении эстетических качеств зубов. Около 30% населения это люди с хроническими поражениями пульпы, так как многие не обращаются к врачу, если нет жалоб на боль при жевании твёрдой пищи.

В структуре КПУ преобладает индекс П (около 75% исследуемых), т.е. пломбированные зубы. Необходимо отметить тот факт, что у лиц 18-летнего возраста уже имеются удаленные зубы, что является неблагоприятной тенденцией.

Выводы. Анализ результатов показывает, что лица с кариесом в стадии пятна составляют около 15% исследуемых, 37% это люди со средним кариесом, 45% это люди с глубоким кариесом, и 3% это люди, не имеющие серьезных проблем в зубочелюстной системе.

Таким образом, высокая распространенность основных стоматологических заболеваний требует модернизации существующих профилактических программ для организованных групп населения.

Атоев С., 3-курс

ЧАСТОТА РАСПРОСТРАНЕНИЯ КОРОТКОЙ УЗДЕЧКИ ЯЗЫКА И ВЕРХНЕЙ ГУБЫ В ДОШКОЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Научный руководитель: к.м.н. Камалова Ф.Р.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.
Узбекистан.

Кафедра детской стоматологии

Короткая уздечка языка и верхней губы у ребенка-малая врожденная аномалия челюстно-лицевой области. Короткая уздечка языка может вызвать у ребенка хроническую травму тканей периодонта, функциональные нарушения-трудности сосания, глотание, неправильное произношение звуков. Короткая уздечка верхней губы часто вплетается в межзубной сосочек, а иногда и в резцовый сосочек, приводит к увеличению промежутка между передними зубами-образованию диастемы.

Цель. Определить частоту распространенности аномалий развития уздечки языка и верхней губы.

Задача. Проводить осмотр 400 детей 5-6 летнего возраста в детских садах г.Бухары, с целью выявления короткой уздечки языка и верхней губы. Определить количество детей нуждающихся в оперативном лечении.

Материалы и методы. Осмотр проводили в детских садах г.Бухары у 400 детей 5-6 летнего возраста. Осмотр детей необходимо проводить в спокойной обстановке при уравновешанном состоянии детей.

Результаты. Обычным шпателем приподнимаем язык, если имеется короткая уздечка той или иной степени, то движение языка ограничена, раздвоенный кончик языка, при высовывании язык кажется горбатым, задняя часть его приподнята. Двумя указательными пальцами правой и левой руки поднимается верхняя губа. Губа приподнимается с трудом, видно тяж и диастема между центральными резцами. При обследовании было выявлена короткая уздечка языка у 15 детей, из них 9-мальчиков, 6-девочек. Короткая уздечка верхней губы по I-типу-38, II типу-18, из них-32 мальчики, 24-девочки. Операция френулотомия была проведена в Бухарской областной детской стоматологической поликлинике №2. При подготовке к операции, если не имелись противопоказания, нами была проведена операция-удлинение короткой уздечки верхней губы и языка. Также учитывали эпид.анамнез, возраст ребенка, перенесенные заболевания, выясняли аллергические реакции на препараты. При удлинении короткой уздечки языка, мы пользовались обычным методом: под местным обезболиванием проводили поперечное рассечение уздечки на границе средней и верхней трети. Расслаивали ткани до мышечного слоя, проверяли насколько увеличилась подвижность языка и ушивали кетгутом. Для удлинения короткой уздечки верхней губы проводили френулотомию – пластику уздечки встречными треугольными лоскутами по Лимбергу, метод, который мы считаем самым эффективным. Послеоперационное течение прошло гладко, осложнений не было, швы снимали на 8-9 сутки.

Выводы. Проблемы короткой уздечки языка и верхней губы у детей является междисциплинарной, затрагивающей педиатрию, детскую стоматологию и логопедию. При своевременном выявлении и лечении короткой уздечки языка и верхней губы предотвращаются деформации расположения передних и нижних фронтальных зубов, произношение звуков, проблемы грудного вскармливания, глотание, а также факторы риска заболеваний пародонта.

Ахмедова М.Д., 2-курс, Григорьева О.В., 2-курс, Соколова О.А., 2-курс,
Галичкина Ю.В., 2-курс

МИКРОБИОТА ПОЛОСТИ РТА ПРИ ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БРЕКЕТ-СИСТЕМАМИ

Научный руководитель: к.м.н., доц. Михайлова Л.В.

Волгоградский государственный медицинский университет. Российская
Федерация

Кафедра микробиологии, вирусологии, иммунологии с курсом клинической
микробиологии

Качественное и количественное изменение микробиоты полости рта привлекает к себе внимание специалистов различного профиля [1]. Особенно это актуально при проведении ортодонтического лечения брекет-системами, в связи с большой распространенностью зубочелюстных аномалий.

Ортодонтическое лечение, направленное на исправление неправильно расположенных зубов, их скученности, нормализацию прикуса, преследуя при этом цель снижения повышенной нагрузки на пародонт при жевании, одновременно может выступать фактором, провоцирующим заболевания пародонта [2]. Наличие в полости рта ортодонтического аппарата ухудшает условия для ее самоочищения, осложняет уход за зубами и создает условия, благоприятствующие отложению мягкого зубного налета. В связи с этим отмечается высокое микробное обсеменение поверхностей зубов и ортодонтических аппаратов с покрытием их обширным мягким налетом [3], что, в свою очередь, ухудшает процессы реминерализации эмали и ведет к нарушению ее структуры [4]. Кроме этого наблюдается значительное изменение состава микрофлоры полости рта, которое проявляется увеличением числа патогенных и условно-патогенных микроорганизмов, явлениями дисбактериоза [5]. Перечисленные факторы способствуют повышению распространенности кариеса зубов и воспалительных заболеваний пародонта.

Цель. Изучить изменения микробиоты полости рта у пациентов с зубочелюстными патологиями при ортодонтическом лечении брекет-системами и выявить основных патогенных микроорганизмов, способных вызвать стоматологические осложнения.

Методы и материалы. Проведен анализ литературы отечественных и зарубежных авторов. Осмотрены 15 человек, получающих ортодонтическую помощь в частной стоматологической клинике города Волгограда. Обследование включало в себя взятие налета со слизистой оболочки щеки, языка, твердого неба и с конструкций несколько раз с промежутком в 1 неделю. Производили посев материала на питательные среды: кровяной агар, желточно-солевой агар, среды Эндо и Сабуро. Посевы инкубировали в термостате 18-24 ч при температуре +37С°, среду Сабуро – около 3-5 дней при +28С°. Препараты окрашивали по методу Грама и Бури, оценивали морфологические и тинкториальные свойства микроорганизмов.

Результаты и обсуждения. В ходе стоматологического обследования людей во время ортодонтического лечения отмечалось ухудшение состояния гигиены полости рта. У всех обследуемых пациентов менялся количественный состав микрофлоры в зависимости от сроков ношения конструкций. В период активной ортодонтической терапии отмечалось увеличение количества некоторых штаммов микроорганизмов. На первой неделе лечения резко возросла обсемененность α - и β -гемолитическими стрептококками до $10^4 - 10^5$. На слизистой оболочке твердого неба и щек численность стрептококков составляла $2,3 \cdot 10^3$ и $6,1 \cdot 10^3$ соответственно, на языке – $4,4 \cdot 10^4$. Ко второй неделе с поверхности языка начали высеваться *Staphylococcus aureus* $1,2 \cdot 10^2$ и УПЭБ: *Klebsiella* и кишечная палочка (в 40% случаев). На третьей неделе лечения со слизистой оболочки твердого неба, щек и языка у 13 пациентов были выделены дрожжеподобные грибы рода *Candida*. В налете с брекет-систем у всех обследуемых были получены ассоциации различных микробов, включая грамположительные кокки (стафилококки и стрептококки в

концентрациях 10^5 – 10^6), грамотрицательные бактерии (*E.coli* и *Klebsiella*) и грибы рода *Candida* (10^1 - 10^2). У трех пациентов через две недели после снятия брекет-систем было выявлено значительное снижение патогенных и условно-патогенных микроорганизмов.

Выводы. Анализ налета с полости рта, результатов клинического обследования пациентов свидетельствует о различной реакции околозубных тканей на ортодонтическое лечение. Установлено, что у значительной части пациентов, получающих ортодонтическое лечение отмечаются существенные изменения микробиоценоза полости рта. Зарегистрировано резкое увеличение доминирования условно-патогенных и патогенных микроорганизмов, высокий уровень колонизации аэробными и анаэробными бактериями, что является причиной реминерализации зубов и развития кариеса или различных заболеваний пародонта. Также очевиден тот факт, что после снятия брекет-систем и при проведении профессиональной гигиены полости рта происходит снижение количества патогенных и условно-патогенных микроорганизмов, что уменьшает риск развития стоматологических осложнений.

Список литературы

1. Куркин А.В. Цитограмма буккального эпителия в начальный период ортодонтического лечения аномалий зубочелюстной системы у детей /А.В. Куркин, С.Т. Тулеутаева, Н.Ю. Куриленко //Медицина и экология. – 2015. – №4. – С. 57-61
2. Рабинович И.М. Роль микрофлоры в патологии слизистой оболочки //Стоматология. – 2008. – №5. – С. 48-50.
3. Ahn S.J. Prevalence of cariogenic streptococci on incisor brackets detected by polymerase chain reaction /S.J. Ahn, B.S. Lim, S.J. Lee //Am. J. Orthod. Dentofacial. Orthop. – 2007. – №6. – P. 736-741.
4. Ефграфова И.Г., Четверикова Г.А. Микрофлора полости рта у лиц с зубными протезами – Волгоград. – 2018. – С.405-406
5. Ефграфова И.Г., Кобзев К.А., Василенко Л.В. Состав микрофлоры полости рта у пациентов со съёмными зубными протезами – Волгоград. – 2018. – С. 336-337

Ахтамова М.М., 2-курс

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА УСАДКИ АЛЬГИНАТНЫХ ОТТИСКНЫХ МАСС

Научный руководитель: асс. Алиев Н.Х.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.
Узбекистан.

Кафедра ортопедической стоматологии и ортодонтии

Цель. Сравнить усадку классических альгинатных масс с новым оттискным материалом Status Blue, DMG.

Задачи: Определить усадку альгинатных масс через временные интервалы: 15 минут, 30 минут, 1 час, 3 часа, 12 часов, 1 день, 2 дня.

Материалы и методы. Усадку определяли методом линейного измерения по точкам вершин дистальных щечных бугров 3.6 и 4.6 с помощью циркуля и линейки. Для этого металлической ложкой были получены альгинатные оттиски с нижней челюсти одного и того же пациента. Оттискная масса была удалена с ложки. Замеры производились через временные интервалы: 15 минут, 30 минут, 1 час, 3 часа, 12 часов, 1 день, 2 дня.

Контрольные образцы были изготовлены по выше описанной методике. 3 оттиска были оставлены на воздухе. Еще 3 оттиска согласно рекомендациям производителей были помещены в полиэтиленовый пакет вместе с влажной салфеткой. Используемые материалы: Уреен, Spofadental, Чехия; Hydrocolor 5, Zhermack, Италия; Status Blue, DMG, Германия.

Результаты. В исследуемой группе материал Уреен через 2 дня дал усадку на 25%, Hydrocolor5 на 33 % и Status Blue на 2 %. В контрольной группе материал Уреен через 2 дня дал усадку на 4%, Hydrocolor 5 на 4% и Status Blue не дал усадку.

Выводы. В результате проведенных исследований нами было установлено, что наибольшую линейную стабильность в течение 12 часов показывает материал Status Blue. В контрольной группе динамика была идентичной. В связи с этим мы можем дать рекомендации, что классические альгинатные массы вне зависимости от насыщенности влагой окружающей среды следует отливать в течение 30 минут после получения слепков. Материал Status Blue удерживает линейную стабильность в течение 48 часов.

Аширбекова Ж.Ж., магистрант, 2-курс

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА

Научные руководители: к.м.н. доц. Тулеутаева С.Т., к.м.н. доц. Мациевская Л.Л.

НАО «Медицинский университет Караганды». Казахстан
Кафедра стоматологии, кафедра медицинской психологии и коммуникативных навыков

В настоящее время заболевания пародонта в структуре стоматологических заболеваний занимают вторую позицию, после кариеса и его осложнений. Распространенность воспалительных и деструктивных заболеваний пародонта среди взрослого и детского населения находится на высоком уровне и не имеет тенденции к уменьшению. По суммированной информации независимых экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), основанной на последних результатах эпидемиологических исследований, количество взрослого населения со здоровым пародонтом составляет 2-10%. Отмечено, что заболевания пародонта в 5 раз чаще, чем осложнения кариеса (пульпиты, периодонтиты) приводит негативным изменениям в зубочелюстной системе, итогом которых являются

преждевременная потеря зубов, потере костной ткани, уменьшение высоты прикуса и т.д.[1,2].

Цель. Определить связь между психоэмоциональным стрессом и заболеваниями пародонта

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели было проведено медико-психологическое исследование на базе медицинского университета Караганды 550 студентов 1-5 курсов, в возрасте 18-25 лет.

Дизайн исследования: случай-контроль

Всем студентам было проведено комплексное стоматологическое обследование в соответствии с клиническими протоколами диагностики и лечения МЗ РК.

Стоматологическое обследование проводилось с использованием стандартного набора стоматологических инструментов и заключалось в опросе и осмотре полости рта, зондирование зубодесневого прикрепления, проведение пробы Шиллера-Писарева, определения индекса гингивита РМА, индекса нуждаемости в лечении заболеваний пародонта – CPI, определения гигиенического индекса Грина-Вермиллиона.

С целью выявления наличия стресса проведена психодиагностика стресса при помощи опросника и анкетирования. Выявление психоэмоционального стресса было проведено при помощи шкалы психологического стресса (PSM - 25).

Результаты. В рамках исследования было проведено обследование 550 студентов 1-5 курса школ общей медицины и стоматологии медицинского университета Караганды. После опроса и стоматологического осмотра было отобрано 300 претендентов для дальнейшего участия в исследовании. Было выявлено, что распространенность заболеваний пародонта у студентов очень высокая и составила 94,3% и лишь у 5,7% студентов изменения в тканях пародонта отсутствовали. У 79,4% студентов были выявлены воспалительные заболевания, а у 14,8% – деструктивно-воспалительные заболевания тканей пародонта.

Так же был проведен анализ состояния гигиены полости рта по индексу гигиены ОНІ-S, так как местное влияние раздражающих факторов, таких как зубной налет и зубной камень, играют важную роль в развитии заболеваний пародонта. Были получены следующие результаты: плохая гигиена полости рта наблюдалась у 4,66% студентов, у 15% детей уровень гигиены полости рта был неудовлетворительный, у 61,33% удовлетворительный и у 17,66% хорошая гигиена полости рта. В ходе исследования была определена статистически значимая положительная связь между уровнем гигиены полости рта и степенью воспаления десны. Это означает, что чем хуже уровень гигиены полости рта у студентов, тем хуже степень воспаления десны. Такой результат дает основание предположить, что неудовлетворительная гигиена полости выступает одной из причин усугубления изменений пародонта. После оценки психологического состояния обследуемых, были получены следующие результаты: студенты с низким уровнем стресса составляли большую часть студентов 74,6 %, средний

уровень стресса наблюдался в 17,6% случаев, и в 7,6% студентов имели высокий уровень стресса. Существует статистически значимая положительная связь между уровнем психоэмоционального стресса и степенью воспаления десны. Это означает, что чем выше уровень психоэмоционального стресса у студентов, тем хуже степень воспаления десны. Такой результат дает основание предположить, что наличие стрессовых факторов в жизни студентов выступает одной из причин усугубления изменений пародонта.

Таким образом, обучаясь в университете, студенты испытывают психоэмоциональный стресс, который провоцируется различными факторами, которые напрямую или косвенно связаны с процессом обучения. Безусловно, период экзаменационной сессии для студентов является тяжелым периодом как эмоционально, так и физически и это может явиться фактором для развития стоматологических или соматических заболеваний.

Результаты проведенного исследования позволяют сделать следующие **выводы:**

1. У студентов была выявлена высокая распространенность заболеваний пародонта, которая составила 94,3%, интенсивность заболеваний пародонта у студентов по индексу CPI составила $M=1,33$ $SD=0,85$;
2. Студенты с низким уровнем стресса составляли большую часть студентов 74,6%, средний уровень стресса наблюдался в 17,6% случаев, и в 7,6% студентов имели высокий уровень стресса.

Список литературы

1. Antonova, I.N. Changes in the masticatory muscles, periodontal tissues, and the pharyngeal ring in Wistar rats in chronic psychophysical stress / I.N. Antonova // *Neurosci. Behav. Physiol.* – 2008. – Vol. 38, N 9. – P. 891-896
2. Hugoson, A. The relationship of some negative events and psychological factors to periodontal disease in an adult Swedish population 50 to 80 years of age / A.Hugoson, B. Ljungquist, T. Brevik // *J. Clin. Periodontol.* – 2002. – Vol. 29, N 3. – P. 247-253

Бакшеев И.Ю., 5-курс, Береснева Н.С., кл.орд.

ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОККЛЮЗИЙ ВЕН СЕТЧАТКИ, ОСЛОЖНЁННЫХ МАКУЛЯРНЫМ ОТЁКОМ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ СООБЩЕНИЕ)

Научный руководитель: к.м.н., доц. Бобыкин Е.В.

Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург.

Российская Федерация
Кафедра офтальмологии

Окклюзии вен сетчатки (ОВС) занимают второе место среди ретинальных сосудистых поражений после диабетической ретинопатии. Макулярный отёк (МО) является наиболее частым осложнением ОВС и может приводить к стойкому снижению функций макулы. До недавнего времени основным способом лечения МО являлась лазерная коагуляция сетчатки (ЛКС) по типу

«решётки». Однако сейчас предпочтительным методом терапии отёчной макулопатии на фоне окклюзий ветвей ЦВС считаются интравитреальные инъекции (ИВИ) лекарственных средств (кортикостероидов или ингибиторов неоангиогенеза), а ЛКС рассматривается как дополнительный метод лечения [1]. Результаты терапии, достигнутые в реальной клинической практике, могут существенно отличаться от данных рандомизированных исследований (пациенты получают меньшее количество ИВИ антиангиогенных препаратов, имеют более низкий уровень комплаенса и худшую динамику исследуемых показателей, зачастую несвоевременно прекращают лечение) и представляют существенный научный и практический интерес [2].

Цель исследования - оценить результаты лечения пациентов с макулярным отеком на фоне окклюзии ретинальных вен.

Материалы и методы исследования. Проведён ретроспективный анализ амбулаторных карт пациентов, получавших лечение по поводу МО, развившегося на фоне ОВС. Исследуемую группу составили 20 пациентов (20 глаз), среди которых преобладали женщины (12; 60%). Возраст варьировал от 39 до 84 лет (в среднем $64,7 \pm 2,7$ года). Давность ОВС к моменту начала лечения составляла от 14 суток до 20 месяцев (в среднем $5,6 \pm 2,5$ месяца), в том числе менее 2 месяцев – в 5 случаях (25%), 2-5 месяцев – в 7 (35%), а 6 месяцев и более – у 8 (40%) пациентов. В 3 случаях достоверно установить локализацию окклюзии не удалось, у 7 пациентов диагностирована окклюзия центральной вены сетчатки (ЦВС), а у 10 – её ветвей (6-нижневисочной, 4-верхневисочной). Исходная максимальная корригированная острота зрения (МКОЗ) по Снеллену варьировала от 0,01 до 0,9 (в т.ч. $\leq 0,1$ – в 6 случаях; $0,15-0,5$ – в 12; $\geq 0,6$ – у 2 пациентов), составив в среднем $0,31 \pm 0,06$. Центральная толщина сетчатки (ЦТС) по данным оптической когерентной томографии (ОКТ), выполненной на приборах Stratus OCT (Carl Zeiss Meditec) и RTVue 100 (Optovue), до лечения составляла $478,8 \pm 23,1$ мкм. Продолжительность мониторинга составила от 24 до 97 месяцев (в том числе 24-35 – в 6 случаях, 36-47 – в 4, 48-59 – в 3, более 5 лет находились под наблюдением 7 пациентов), в среднем – $50,5 \pm 4,8$ месяца. Четыре человека прекратили наблюдение в сроки 27, 64, 67 и 97 месяцев (причины не изучались), остальные продолжают наблюдаться в клинике.

Оценивали динамику показателей МКОЗ и ЦТС, количество и сроки выполнения манипуляций. Вычисляли средние значения показателей и ошибку среднего ($M+m$), для сравнительного анализа количественных характеристик использовали парный t-критерий Стьюдента для зависимых совокупностей. Вывод о статистической значимости различий между сравниваемыми величинами ($p < 0,05$) делали в случаях, когда рассчитанное значение t-критерия было равно или больше критического.

Результаты исследования и их обсуждение. Моментом начала лечения считали дату первой ИВИ анти-VEGF агента. Показаниями к началу/возобновлению терапии в соответствии с общепризнанными критериями являлись: МКОЗ $\leq 0,5$ или ЦТС ≥ 250 мкм либо персистенция или рецидив МО, приводящие к снижению зрения [1]. В 13 (65%) случаях

использовали режим лечения «1+PRN» («По потребности» без последовательных загрузочных инъекций), у 7 пациентов применяли схему «3+PRN» («По потребности» с тремя последовательными ежемесячными ИВИ на старте лечения) [3]. Количество процедур, полученных пациентом за время наблюдения, варьировало от 3 до 39, составив в среднем $9,4 \pm 2,0$. Всего из 187 ИВИ в 157 случаях применялся ранибизумаб (0,5 мг), который получали все пациенты. Начиная с 2016 года 6 человек (30%) были переведены на афлиберцепт (2,0 мг). Наибольшее количество ИВИ было выполнено за первый год лечения – в среднем $4,2 \pm 0,4$ (см. Таблицу) в диапазоне от 2 до 8. На втором году наблюдения отмечено статистически достоверное уменьшение среднего количества процедур до $1,7 \pm 0,4$ ($p < 0,001$), при этом в 5 случаях возобновление лечения не потребовалось, а остальные пациенты получили от 1 до 6 ИВИ. За период с третьего по пятый год среднее количество процедур оставалось стабильным (около 1,5), а удельный вес пациентов, не получавших антиангиогенную терапию, варьировал от 40 до 45%.

ЛКС за период наблюдения выполнялась у 19 (95%) пациентов, в т.ч. панретинальная – в 4 (20%) случаях, фотокоагуляция по типу «решётки» - у 15 человек (однократно в 10 случаях, дважды у 2 человек, три сеанса проведено в 3 случаях). У пяти пациентов ЛКС предшествовала анти-VEGF терапии, 75% наблюдаемых получали лазер на первом году лечения. За второй и третий год наблюдения лазерные манипуляции выполнялись соответственно в 15% и 20% случаев, а начиная с четвертого года ЛКС не проводились. Клинически значимых побочных эффектов и осложнений лечения выявлено не было.

Случаев ухудшения МКОЗ за время наблюдения не отмечено. Незначительное – в пределах от 0,01 до 0,05 – повышение показателя зафиксировано в 5 случаях (преимущественно у пациентов с ишемическим типом ОВС с исходной МКОЗ = 0,01-0,04). Существенное – в диапазоне от 0,3 до 0,9 по Снеллену – повышение МКОЗ зарегистрировано у 15 (75%) человек, среднее значение показателя увеличилось с $0,31 \pm 0,05$ до $0,75 \pm 0,08$, а итоговое значение МКОЗ $>0,7$ достигнуто у 14 (70%) пациентов. Динамика среднего значения МКОЗ представлена в таблице. Показатель статистически достоверно повысился уже на первом году терапии (до $0,63 \pm 0,09$, $p < 0,001$) и в дальнейшем существенно не менялся. ЦТС за время лечения уменьшилась у всех пациентов (в среднем с $478,8 \pm 23,1$ мкм до $226,4 \pm 11,0$ мкм). Наиболее значительная динамика показателя отмечена в течение первого года лечения, когда его среднее значение снизилось до $246,2 \pm 12,5$ мкм ($p < 0,001$). В дальнейшем ЦТС оставалась относительно стабильной.

Таблица

Основные результаты лечения пациентов исследуемой группы					
Год наблюдения	I	II	III	IV	V
Показатель	(n=20)	(n=20)	(n=15)	(n=11)	(n=7)
Средняя МКОЗ	$0,63 \pm$	$0,67 \pm$	$0,66 \pm$	$0,68 \pm$	$0,60 \pm$

(M±m; исходно - 0,31±0,06)	0,09**	0,08	0,10	0,11	0,16
Доля пациентов с приростом МКОЗ (на 0,1 и более относительно предыдущего года),%	75%*	20%	6,6%	18%	14%
Доля пациентов со снижением МКОЗ (на 0,1 и более относительно предыдущего года), %	5%*	10%	6%	9%	14%
Средняя ЦТС (M±m; исходно - 478,8±23,1), мкм	246,2± 12,5**	258,2± 16,2	253,1± 14,3	245,3 ±16,8	237,5± 27,4
Доля пациентов со снижением ЦТС (на 20 мкм и более относительно предыдущего года), %	100%*	25%	33%	36%	28%
Доля пациентов с увеличением ЦТС (на 20мкм и более относительно предыдущего года), %	0%*	35%	26%	0%	14%
Среднее количество ИВВ за год (M±m)	4,2± 0,4	1,7±0,4	1,5±0,4	1,5±0, 5	1,5±0,5
Доля пациентов, не получавших ИВВ за год, %	0%	25%	40%	45%	42%
Доля пациентов, получивших лазерное лечение за год, %	75%	15%	20%	0%	0%

* - относительно исходного значения;

** - $p < 0,001$ в сравнении с исходным значением.

Во всех случаях были выявлены рецидивы МО, частота которых варьировала в широких пределах. Продолжительность анти-VEGF терапии, возобновлявшейся при повторном появлении МО, составила от 3 до 95 (в среднем 32,3±5,0) месяцев, в т.ч. 3-12 месяцев – в 2 случаях, 13-24 – в 5, 25-36 – в 7, 39-66 месяцев – в 5 случаях, 95 месяцев – у 1 пациента. К моменту окончания исследования имели перерыв в терапии не менее 1 года 11 пациентов (продолжительность антиангиогенного лечения составила менее 12 месяцев в 2 случаях, 1-2 года – в 4 случаях, 2-3 года – у 2 человек, ещё у 3 пациентов – от 39 до 54 месяцев), продолжали получать ИВИ 9 человек

(длительность терапии от 16 до 95 месяцев). В большинстве случаев прослеживалась тенденция к постепенному увеличению интервалов между повторениями эпизодов МО в сочетании с уменьшением его площади и ЦТС при последующих рецидивах. В то же время одному пациенту потребовалось возобновление лечения спустя один год без отёка, ещё в одном случае выполнена дополнительная ИВИ после двухлетнего перерыва. Эти случаи указывают на необходимость мониторинга даже в случаях длительной стабилизации морфологии и функций макулы.

Выводы. Применение современного алгоритма лечения ОВС, осложнённых МО, позволило добиться статистически достоверных анатомических (повышение МКОЗ) и функциональных (уменьшение ЦТС) результатов. Показатели, достигнутые за первый год лечения, в большинстве случаев в дальнейшем существенно не изменялись. Потребность в антиангиогенной терапии за первые 12 месяцев лечения существенно выше, чем на втором году ($4,2 \pm 0,4$ против $1,7 \pm 0,4$ ИВИ, $p < 0,001$). Для МО, ассоциированного с ОВС, характерно рецидивирующее течение. При этом продолжительность и частота рецидивов и, следовательно, потребность в анти-VEGF лечении варьируют в значительных пределах (от нескольких месяцев до многих лет).

Список литературы

1. Будзинская М.В. Алгоритм ведения пациентов с ретинальными венозными окклюзиями. Сообщение 2. Макулярный отёк / М.В. Будзинская, Н.К. Мазурина, А.Е. Егоров, и др. // Вестник офтальмологии. – 2015. - №6. – С.57-66.
2. Holz F.G., Tadayoni R., Beatty S., et al. Multi-Country Real-Life Experience of Anti-Vascular Endothelial Growth Factor Therapy for Wet Age-Related Macular Degeneration / F.G. Holz, R. Tadayoni, S. Beatty et al. // British Journal of Ophthalmology. – 2014. – Vol. 99. – №2. – P.220-226.
3. Бобыкин Е.В. Режимы применения антиангиогенной терапии для лечения заболеваний макулы в офтальмологии. Обзор литературы // Практическая медицина. - 2018. – Т.16. - №5. - С.104-111.

Береснева Н.С., 5-курс, Бакшеев И.Ю., кл.орд.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИМЕРЫ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОМ МАКУЛЯРНОМ ОТЁКЕ

Научный руководитель: к.м.н. доц. Бобыкин Е.В.

Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург.

Российская Федерация
Кафедра офтальмологии

Ретинальная венозная окклюзия (РВО) или тромбоз вен сетчатки является вторым по распространённости после диабетической ретинопатии заболеванием сосудов сетчатки [4]. Персистирующий макулярный отёк (МО) и вторичная неоваскулярная глаукома – серьёзные осложнения РВО, которые могут привести к необратимому снижению зрительных функций и

инвалидизации пациента [5]. Современный алгоритм лечения посттромботического МО включает в себя лазерные методы лечения (лазеркоагуляцию сетчатки – ЛКС – по типу «решетки» или панретинальную), интравитреальное введение глюкокортикостероидов и ингибиторов сосудистого эндотелиального фактора роста (анти-VEGF-терапия от англ. vascular endothelial growth factor, VEGF) и их сочетанное применение [2].

Цель исследования. Оценить на клинических примерах эффективность комбинированного лечения посттромботического макулярного отёка.

Материалы и методы исследования. Проведён ретроспективный анализ первичной медицинской документации (амбулаторных карт) пациентов с МО, развившимся на фоне непроходимости вен сетчатки.

Результаты исследования и их обсуждение.

Пример №1: пациент К., 52 года (таб. 1). Диагноз: Неишемическая окклюзия центральной вены сетчатки, кистозный макулярный отёк (КМО) правого глаза. Проводилось лечение препаратом ранибизумаб (интравитреальные инъекции – ИВИ - в дозе 0,5мг/0,05мл) в режиме 3+ PRN (от лат. Pro Re Nata – «по потребности»), предполагающем три последовательные ежемесячные ИВИ с последующим регулярным мониторингом и однократными дополнительными процедурами при рецидивах заболевания [1].

Таблица 1

Результаты лечения пациента К.

Продолжительность наблюдения	97 месяцев (XI.2010 г. – II.2019 г.)
Максимальная скорректированная острота зрения (МКОЗ) до лечения	0,3
Центральная толщина сетчатки (ЦТС) до лечения	523 мкм
Анти-VEGF терапия	25 ИВИ ранибизумаба (0,5 мг)
Лазерное лечение	2 сеанса ЛКС
МКОЗ после лечения	1,0
ЦТС после лечения	220 мкм
Рецидивирование КМО	Частые рецидивы первые четыре года наблюдения (заключительный – в VI.2015 г.)

В данном случае комбинированное лечение позволило улучшить МКОЗ с 0,3 до 1,0 и предотвратить осложнения РВО, несмотря на частые рецидивы посттромботического МО в первые четыре года наблюдения.

Пример №2: пациентка Ш., 74 года (таб. 2). Диагноз: Неишемическая окклюзия (тромбоз) верхне-височной ветви центральной вены сетчатки,

кистозный макулярный отёк правого глаза. Начальная возрастная катаракта обоих глаз. Предложена антиангиогенная терапия препаратом ранибизумаб (ИВИ по 0,5 мг) в режиме 1+ PRN («по потребности» без загрузочной фазы).

Таблица 2

Результаты лечения пациентки Ш..	
Продолжительность наблюдения	40 месяцев (VII.2015 г. – II.2019 г.)
МКОЗ до лечения	0,1
ЦТС до лечения	482 мкм
Анти-VEGF терапия	3 ИВИ ранибизумаба (0,5 мг)
Лазерное лечение	2 сеанса ЛКС
МКОЗ после лечения	1,0
ЦТС после лечения	251 мкм
Рецидивирование КМО	Два рецидива МО на первом году лечения

Таким образом, применение анти-VEGF терапии в сочетании с ЛКС у некоторых пациентов вызывает стойкую положительную динамику при малом количестве ИВИ.

Пример №3: пациент У., 70 лет (таб. 3). Диагноз: Ишемическая окклюзия (тромбоз) центральной вены сетчатки, кистозный макулярный отёк правого глаза. Полная атрофия зрительного нерва левого глаза. Начальная возрастная катаракта обоих глаз. Предложена антиангиогенная терапия препаратом ранибизумаб (ИВИ по 0,5 мг) в режиме 3+ PRN.

Таблица 3

Результаты лечения пациента У.	
Продолжительность наблюдения	76 месяцев (XI.2012 – II.2019)
МКОЗ до лечения	0,03
ЦТС до лечения	318 мкм
Анти-VEGF терапия	12 ИВИ ранибизумаба (0,5 мг) + 4 ИВИ афлиберцепта (2,0 мг)
Лазерное лечение	1 сеанс ЛКС (панретинальная)
МКОЗ после лечения	0,1
ЦТС после лечения	225 мкм

Следовательно, даже в случаях ишемической окклюзии ЦВС систематическое применение антиангиогенной терапии в сочетании с панретиальной ЛКС даёт шанс на сохранение зрительных функций; расширение ассортимента анти-VEGF агентов создаёт дополнительные возможности для улучшения анатомических и функциональных результатов лечения [3].

Выводы:

1. Комбинированное лечение (анти-VEGF терапия в сочетании с ЛКС) МО при неишемических РВО способствует значительному повышению зрительных функций. Продолжительность и частота рецидивирования посттромботического МО и, следовательно, потребность в анти-VEGF терапии индивидуальны и варьируют в широких пределах.

2. В случаях ишемической окклюзии ЦВС комбинированное лечение даёт шанс на сохранение зрительных функций и снижает вероятность развития неоваскулярных осложнений.

Список литературы

1. Бобыкин Е.В. Режимы применения антиангиогенной терапии для лечения заболеваний макулы в офтальмологии. Обзор литературы // Практическая медицина. - 2018. – Т.16. - №5. - С.104-111.
2. Будзинская М.В. Алгоритм ведения пациентов с ретинальными венозными окклюзиями. Сообщение 2. Макулярный отёк / М.В. Будзинская, Н.К. Мазурина, А.Е. Егоров, и др. // Вестник офтальмологии. - 2015. - №6. - С.57-66.
3. Коротких С.А. Наш опыт по повышению зрительных функций у больных с влажной формой возрастной макулярной дегенерации при замене анти-VEGF препарата / С.А. Коротких, Е.В. Бобыкин // Офтальмологические ведомости. – 2017. – Т. 10. – № 3. – С. 67–73.
4. Тульцева С.Н. Окклюзии вен сетчатки (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение) / С.Н. Тульцева, Ю.С. Астахов. - СПб.: Изд-во Н-Л, 2010. - 112 с.
5. Цихончук Т.В. Тромбоз ретинальных вен: особенности патогенеза, профилактика осложнений: дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук (14.01.07) / ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ. – М., 2017. - 123 с.

Бобоназаров О.У., магистрант 1-курс

**ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ РАЗВИВАЮЩИХСЯ ПОСЛЕ
ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ
ДИАБЕТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТА БИОПЛАСТ – ДЕНТ**

Научный руководитель: с.н.с. Ибрагимов Д.Д.

Самаркандский государственный медицинский институт. Узбекистан
Кафедра челюстно-лицевой хирургии с курсом челюстно-лицевой хирургии

Учитывая постоянно увеличивающееся число пациентов, страдающих сахарным диабетом, изучение особенностей течения послеоперационного периода стоматологических пациентов данной категории достаточно актуально. Удаление зуба у пациента с сахарным диабетом может спровоцировать воспалительный процесс в полости рта и сама процедура не редко вызывает декомпенсацию основного заболевания. Клинические аспекты этой проблемы обусловлены достаточной частотой осложнений в послеоперационном периоде и развитием гнойно-воспалительных процессов у лиц с сахарным диабетом (И.И. Дедов и соавт., 2000). Патогенетические механизмы, приводящие к такой ситуации, протекают по типу синдрома взаимного отягощения. Формируется своеобразный порочный круг, при котором нарушение обмена и микроциркуляции замедляют течение репаративно-регенераторных процессов в лунке, а развивающаяся инфекция негативно влияет на процессы обмена, усиливая инсулиновую недостаточность и усугубляя ацидоз [1,2,3]. Такой симбиоз двух состояний создает опасность развития осложнений в послеоперационном периоде, развития инфекции челюстно-лицевой области и шеи с поражением соседних пространств и областей [5, 6].

В связи со сказанным выше поиск лекарственных средств, которые могли бы ускорить заживление лунок и предотвратить развития осложнений у данного контингента пациентов является актуальным.

Целью исследования явилось изучение действия препарата «биопласт – дент» профилактике осложнений после операции удаления зуба у пациентов с сахарным диабетом.

Материал и методы. Проведено удаление 24 зубов у 21 пациента в возрасте от 36 до 59 лет находящихся на стационарном лечении в городском медицинском объединение города Самарканда, показаниями для данного вмешательства было: осложненный заболеваний тканей периодонта. Основную группу составили 9, контрольную - 12 пациентов с подобными клиническими проявлениями. Больным обеих группы перед хирургическим вмешательством проводился консультация эндокринологом и назначена соответствующий лечения. Оперативное вмешательство проводили в необходимом объёме. Пациентам основной группы после удаления зуба и антисептической обработки, в лунку вводили марлевую турунду с препаратом «Викасол» на 1-2 минуты, затем лунку рыхло заполняли губкой «биопласт-дент». Учитывая, что хирургические вмешательства в полости рта у пациентов с сахарным диабетом, как правило, сопровождается кровотечением, применение препарата «Викасол» обеспечивало профилактику кровотечений и препарат «биопласт-дент» в составе хондроитин сульфата и хлоргексидина обеспечивал длительность бактерицидного эффекта на микроорганизмы, образующие зубной налет, способствовал предупреждению и лечению гингивитов, уменьшает воспаление десен. Пациентам контрольную группу проводили аналогичное лечение кроме препарата биопласт-дента.

Результаты. В результате клинических наблюдений у пациентов обеих групп была выявлена позитивная динамика в послеоперационном периоде. Пациенты основной группы уже через 1-2 суток не предъявляли жалоб. Слизистая в области лунки удаленного зуба была незначительно гиперемирована или обычной окраски, пальпация переходной складки в этой области - безболезненной. Через 4 суток раневая поверхность полностью эпителизирована. В контрольной группе на вторые сутки пациенты жаловались на дискомфорт или незначительные боли в области лунки. Слизистая была гиперемирована, отёчна, пальпация переходной складки в области лунки была чувствительна, в лунке сохранялась турунда. Проводили осмотр, медикаментозную обработку антисептическими растворами, при необходимости рыхло вводили турунду и рекомендовали явиться через двое суток. Турунду удаляли, добивались формирования сгустка за счёт стимуляции капиллярного кровотечения, контрольный осмотр назначали через 2 суток. На 5 сутки стенки лунки содержали молодую грануляционную ткань. Через неделю слизистая в области лунки была обычной окраски, лунка эпителизировалась. Длительность послеоперационного периода у пациентов контрольной группы в среднем составила до 6-7 дней.

Выводы. Таким образом полученные результаты демонстрируют больным сопутствующим заболеванием как сахарный диабет требует обязательного осмотра специалиста эндокринолога для коррекции сахара крови и предупредит грозных осложнений как остеомиелит челюстных костей, остеофлегмоны, сепсис и т.д. Эффективность предложенного комплекса препаратов «биопласт-дент» в качестве профилактики осложнений при удалении зубов у пациентов с сахарным диабетом, предотвращает луночковые кровотечения, развитие альвеолитов и рекомендуется к использованию его в практике стоматолога-хирурга при проведении хирургической санации у данного контингента пациентов.

Список литературы

1. Васильев, Г.А. Заживление раны после удаления зуба / Г.А. Васильев // Хирургия зубов с курсом челюстно-лицевой травматологии. 128-133.
2. Вернадский, Ю.И. Местные осложнения, возникающие после удаления зубов.
3. «Проблемы эндокринологии» №1 том 57. - Москва: Медиа Сфера, 2011. - С.19-24 с.
4. Каминский А.В., Коваленко А.Н. Сахарный диабет и ожирение: клиническое руководство по диагностике и лечению / Каминский А.В.. - 1. - Киев: Издательство, 2010. - 256 с.
5. «Клиническая Стоматология» №4(64) - Москва: ООО «ТБИ - компания», 2012. - С. 44 – 50 с.
6. Дунаевский, В.А. Обработка раны после удаления зуба и уход за ней. / В.А. Дунаевский//Хирургическая стоматология.-1979.- С. 131-132.

Болтаев Ф.Ф., 5-босқич

СУРУНКАЛИ ЙИРИНГЛИ ЎРТА ОТИТЛАРНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШДА ГЕЛИЙ-НЕОН ЛАЗЕР НУРЛАРИНИ ҚЎЛЛАШ

Илмий раҳбар: асс. Раджабов Р.Р.

Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти. Ўзбекистон
ЛОР, офтальмология ва онкология кафедраси

Хозирги пайтда сурункали йирингли ўрта отитларни даволаш энг долзарб ҳисобланади. Бунинг сабаби шуки, сурункали йирингли ўрта отитлар аҳолининг турли қатламларида, айниқса, болаларда кўп учраб, орттирилган қулоқ оғирлигига сабаб бўлади. Бизнинг изланишимизнинг мақсади инфрақизил ярим ўтказгичли лазернинг сурункали йирингли ўрта отитларнинг кечишига таъсири ва самарали консерватив даво усулини ишлаб чиқишдан иборат эди. Шу мақсадда Бухоро вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказининг ЛОР бўлимида сурункали йирингли ўрта отит билан касалланган 44 та бемор бизнинг назоратимизда бўлди, уларнинг ёши 16 дан 50 гача. Беморларнинг 28 таси эркак, 16 таси аёл.

Биз беморларни 3 гуруҳга бўлдик:

1-гуруҳга тез-тез қайталанадиган сурункали йирингли отити бўлган 24 та бемор ;

2-гуруҳга турли даврларда қулоғида жарроҳлик амалиёти бажарилган 10 та бемор;

3-гуруҳга (назорат гуруҳи) сурункали йирингли ўрта отити бўлган 10 та бемор киритилиб, улар лазер нурларисиз анъанавий даволаш усуллари билан даволандилар.

Ҳамма беморлар аудиологик текширилганда турли даражадаги кондуктив ва аралаш қулоқ оғирлиги аниқланди. Беморларнинг қулоғидаги йиринг бактериологик текширилганда, асосан, стафилакокклар, кўк йирингли таёкча, протей ва ичак таёкчаси топилиб, улар кўп ҳолларда антибиотикларга сезгир эмас эди. Барча беморларга антибактериал, гипосенсибилизацияловчи ва симптоматик терапия ўтказилди, 34 та бемор бундан ташқари гелий-неон лазер нурлари билан даволанди. Назорат гуруҳидаги (10 та) беморларда лазер нурлари қўлланилмади. Даволаш усули қуйидагича бажарилди: ташқи эшитув йўли фурациллин эритмаси билан ювилиб, тозалангач транстимпанал усулда физиологик эритма юборилди. Нурланиш манбаи сифатида чиқиш қуввати 10 мВт бўлган, қўшимча фокусловчи ускуна ва эгиловчан нур ўтказгич (кўндаланг кесими 1 мм) билан таъминланган ЛГН-79 аппаратидан фойдаланилди. Бир марталик экспозиция 2-5 минутни ташкил этди. Даволаш сеанслари ҳар куни ўтказилди, даволаш курси 7-10 тадан иборат бўлди. Қулоқ оғирлигининг тури ва қулоқдаги йирингнинг микрофлорасига қараб, лазер нурлари қуйидаги дозаларда белгиланди. Лазеротерапиянинг 2-3 сеансидан сўнг қулоқдаги оғриқ ва шовқин камайди, 3-4 сеансдан сўнг оғриқ йўқолди, ноғора парданинг гиперемияси ва шиши камайиб, эшитиш яхшиланди, йиринг оқиши тўхтади ёки жуда оз миқдорда бўлди. Лазеротерапиядан сўнг аудиометрия қилинганда,

беморларда эшитиш ўткирлиги 5-35 децибеллга яхшиланганлиги аниқланди. Беморларда клиник тузалиш 8-10-кунда, назорат гуруҳида эса 3-4 кун кечроқ юз берди ва 11-14 кунни ташкил этди.

Шундай қилиб, олинган натижалар шуни кўрсатадики, сурункали йирингли ўрта отитларни комплекс даволашда лазер нурларини қўллаш самарали ва мақсадга мувофиқ бўлиб, беморлар тузалиши муддатини 2-4 кунга камайтиради. Беморларнинг стационарда даволаниш муддатининг қисқариши ўринлар фонидан унумли фойдаланишга имкон беради.

Гарифуллина Р.Р., 6-курс

СВЯЗЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ПОЧЕК

Научный руководитель: к.м.н., доц. Тулеутаева С.Т.

Карагандинский государственный медицинский университет. Казахстан
Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии

Заболевания почек занимают лидирующее место среди социально-значимых и часто встречающихся нозологий и по данным литературы количество больных с хроническими болезнями почек ежегодно увеличивается на 10-12% [1]. По данным исследований, результаты которых были опубликованы в JAMA и Lancet и включавшим данные 125 стран мира (93% популяции земного шара), распространенность заболеваний почек составила 10% [2]. Укрепление здоровья населения, в том числе стоматологического здоровья, является одной из приоритетных задач системы здравоохранения [3]. Состояние стоматологического здоровья зависит не только от образа питания и жизни, но и от соматических заболеваний.

Существуют также мнение, что одним из причин нарушения стоматологического здоровья является мочевыделительная система [4]. У людей с такими заболеваниями почек как пиелонефрит, гломерулонефрит, нефропатия очень часто встречаются кариес и патология пародонта. Это, вероятно, зависит от того, что при нефропатиях почка не в состоянии эффективно включаться в регуляцию кальциево-фосфорного обмена. Особенно при длительных и тяжелых формах нефрита снижается образование гормональной формы витамина D-кальцитриола, а также нарушаются метаболизм и элиминация паратиреоидного гормона (ПТГ), задержка которого приводит к повышенной резорбции костей, усилению кальциурии и фосфатурии, что в свою очередь приводит к развитию стоматологических заболеваний, особенно в детском возрасте [5]. Существуют мнения некоторых исследователей, которые утверждают, что нет связи между заболеваниями почек и нарушением стоматологического здоровья [6]. У взрослого населения причиной хронизации внутренних болезней возможно можно считать плохое состояние ротовой полости, и в то же время хронические болезни могут стать причиной нарушения стоматологического здоровья. Однако в литературе нет данных о взаимосвязи заболеваний почек и стоматологического здоровья в

детском и подростковом возрасте, что и стало отправной точкой для изучения данной проблемы. Гипотезой нашего исследования является, что у детей с заболеваниями почек имеется высокий риск развития стоматологических заболеваний по сравнению со здоровой группой детей.

Цель. Оценить состояние стоматологического здоровья детей с заболеваниями почек в возрасте от 4 до 17 лет, проживающих в городе Караганда.

Материалы и методы. В задачи исследования входило оценка состояния стоматологического статуса детей с заболеваниями почек, находящихся на лечении в отделении нефрологии Областной детской клинической больницы и выявление связи между заболеваниями почек и состоянием стоматологического статуса детей. В работе представлены результаты стоматологического обследования 100 детей и подростков г. Караганды в возрасте от 4 лет до 17 лет. Основная группа состояла из 50 детей с различными заболеваниями почек, которые находились на лечении в Областной Детской клинической больнице г.Караганды. В контрольную группу входили 50 детей того же возраста без заболеваний почек или других хронических болезней, обратившихся в стоматологическую клинику медицинского университета г. Караганды с целью профилактического осмотра. Критерием включения в основную группу явились дети в возрасте от 4 до 17 лет с заболеваниями почек без сопутствующей патологии.

Участники исследования были отобраны методом случайной выборки и разделены на следующие возрастные подгруппы, согласно классификации Н.П. Гундобины: 1 группа – дошкольный возраст (от 3 до 7 лет) – 42 ребенка (42%); 2 группа - младший школьный возраст (от 8 до 12 лет) – 36 детей (36%); 3 группа - средний школьный возраст (от 13 до 15 лет) – 14 детей (14%); 4 группа – старший школьный возраст (от 16 до 17 лет) – 8 детей (8%).

Стоматологическое обследование выполнялось по стандартной методике с осмотром ротовой полости, проводилось изучение амбулаторных карт, историй болезни пациентов. Для соблюдения этических норм исследования было использовано информированное согласие родителей и/или опекунов. Нами были изучены показатели интенсивности кариеса временных и постоянных зубов по индексам кп и КПУ, состояние пародонта оценивалось по индексу РМА, состояние гигиены полости рта по методу Федорова-Володкина (для детей до 6 лет) и по методу Грин-Вермилиона (для детей старше 6 лет). Анализировались структуры индекса кп и КПУ. Для оценки интенсивности кариеса использовали критерии ВОЗ по 5 уровням. Данные анкетирования детей были обработаны статистическим методом в программе STATISTICA, BioStat 2008 и для проверки гипотезы использовали уровень значимости $\alpha=0,05$ и критерии согласия Пирсона χ^2 .

Результаты. В ходе исследования нами были изучены истории болезней детей, находившихся на лечении по заболеванию почек в специализированном детском отделении нефрологии. Нами было выявлено, что в 1 (основной) группе встречались такие заболевания как: острый пиелонефрит (44%),

обострение хронического пиелонефрита (24%), нефротический синдром (17%), нейрогенный мочевой пузырь (4%), хронический гломерулонефрит (4%), рефлект мочевого пузыря (2%), хронический вторичный калькулезный пиелонефрит (2%), вторичный хронический пиелонефрит (2%), хроническая почечная недостаточность (2%). У 18% детей в семейном анамнезе указывалось, что у одного из родителей был хронический пиелонефрит. При обследовании было выявлено, что слизистая оболочка полости рта у всех обследуемых детей была бледно-розовой, влажной, без каких-либо повреждений. У большинства детей основной группы прикус был ортогнатический (78%), редко встречались такие прикусы как прямой (10%), открытый (4%), прогнатический/дистальный (6%), глубокий (2%). При сравнении прикуса детей из контрольной группы выявлено, что у большинства также отмечался ортогнатический прикус (86%), прямой (6%), открытый (4%), прогнатический/дистальный (2%), глубокий (2%).

В стоматологической практике установлено, что за исключением ортогнатического прикуса все остальные прикусы относятся к аномалиям прикуса. При сравнении частоты встречаемости аномалий прикуса оказалось, что в основной группе они встречаются в 1,5 раза чаще, чем в контрольной группе. При изучении показателя интенсивности кариозного процесса установлено, что в основной группе показатель составил 1,8 и оценивался как низкий уровень интенсивности кариеса (уровень значимости $\alpha=0,05$). Отмечается легкая степень тяжести гингивита (0,8). Показатель индекса гигиены полости рта по методу Федорова-Володкина составила 2,35 и по методу Грин-Вермилиона составил 1,7 и оценивается как неудовлетворительная гигиена полости рта. Показатель интенсивности кариозного процесса в контрольной группе составил 2,0 и оценивался как низкий уровень интенсивности кариеса (уровень значимости $\alpha=0,05$). Отмечается легкая степень тяжести гингивита (0,9). У детей до 6 лет показатель индекса гигиены полости рта составила 2,2 (неудовлетворительная гигиена полости рта). У детей старше 6 лет показатель индекса гигиены полости рта составил 1,6 и оценивается как удовлетворительная гигиена полости рта.

Выводы. Проведенный нами анализ результатов изучения взаимосвязи стоматологического здоровья детей и заболеваний почек позволяет сделать следующие выводы:

1. Уровень интенсивности кариеса зубов у детей основной группы выше (2,0), чем в контрольной группе (1,6). Отмечается высокий уровень интенсивности кариеса в основной группе у детей старшего школьного возраста (2,8). Также отмечено, хорошая профилактика в основной группе у детей среднего школьного возраста, т.к. в этой группе КПУ составил 1,2.

2. Показатели папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (РМА) в обеих группах оценивается как легкая степень тяжести гингивита (0,8-0,9). Однако у девочек от 10 до 17 лет в обеих группах отмечалась средняя степень тяжести гингивита (1,1-1,4).

3. У детей, имеющих в анамнезе нарушения функции почек отмечалось неудовлетворительный уровень гигиены полости рта (по Федорову-Володкину = 2,35 / по Грин-Вермилиону = 1,7).

4. Детей с заболеваниями почек необходимо ставить на учет к стоматологу с целью ранней профилактики развития осложнений стоматологических заболеваний.

Таблица 1. Результаты исследования основной группы детей (с заболеваниями почек)

№	Возрастные группы	Пол	Кол-во	Среднее число кариозных зубов		Среднее число запломбированных зубов		Среднее число удаленных зубов (У)	Индекс кп/кп+КПУ/КПУ, М±м	РМА	ИГ (до 6 лет / старше 6 лет)
				временны х зубов (к)	постоянны х зубов (К)	временны х зубов (п)	постоянны х зубов (П)				
1	Дошкольный	М	12	3,5	2,0	2,6	1,7	-	2,4±0,05	-	2,5±0,04 / 1,7±0,04
		Ж	9	3,5	1,7	2,2	1,0	-	2,1±0,05	-	2,2±0,04 / 1,5±0,04
		Всего	21	3,5	1,8	2,4	1,3	-	2,2±0,05	-	2,35±0,04 / 1,6±0,04
2	Младший школьный	М	5	2,3	2,0	1,5	1,0	1,0	1,5±0,06	0,3	1,7±0,04
		Ж	13	2,5	2,7	1,7	2,0	1,7	2,1±0,02	0,5	1,9±0,04
		Всего	18	2,4	2,35	1,6	1,5	1,35	1,8±0,04	0,4	1,8±0,04
3	Средний школьный	М	3	-	2,5	-	1,5	1,0	1,6±0,06	0,8	1,7±0,04
		Ж	4	-	2,0	-	1,6	0	1,8±0,05	1,2	1,8±0,04
		Всего	7	-	2,25	-	1,55	1,0	1,2±0,06	1,0	1,75±0,04
4	Старший школьный	М	2	-	3,0	-	3,0	0	3,0±0,05	1,1	1,7±0,04
		Ж	2	-	2,25	-	3,0	0	2,6±0,02	1,3	1,6±0,04
		Всего	4	-	2,6	-	3,0	0	2,8±0,05	1,2	1,65±0,04
Итого			50	2,95	2,1	2,0	1,8	1,2	2,0±0,07	0,8	2,35±0,04 / 1,7±0,04

Таблица 2. Результаты исследования контрольной группы детей (здоровые)

№	Возрастные группы	Пол	Кол-во	Среднее число кариозных зубов		Среднее число запломбированных зубов		Среднее число удаленных зубов (У)	Индекс кп/кп+КПУ/КПУ, М±М	РМА	ИГ (до 6 лет / старше 6 лет)
				временных зубов (к)	постоянных зубов (К)	временных зубов (п)	постоянных зубов (П)				
1	Дошкольный	М	12	3,5	1,5	2,4	1,5	-	1,2±0,03	-	2,3 / 1,9±0,04
		Ж	9	2,5	1,3	1,0	1,0	-	1,4±0,05	-	2,1 / 1,6±0,04
		Всего	21	3,0	1,4	1,7	1,25	-	1,8±0,04	-	2,2 / 1,75±0,04
2	Младший школьный	М	5	1,7	1,3	1,0	1,7	0	1,4±0,03	0,2	1,7±0,04
		Ж	13	1,1	2,1	1,5	2,1	1,3	1,6±0,02	1,1	1,6±0,04
		Всего	18	1,4	1,7	1,25	1,9	1,3	1,5±0,01	0,65	1,65±0,04
3	Средний школьный	М	3	-	2,3	-	1,3	1,0	1,5±0,03	0,5	1,7±0,04
		Ж	4	-	2,25	-	1,25	0	1,7±0,05	1,1	1,9±0,04
		Всего	7	-	2,27	-	1,28	1,0	1,5±0,1	0,8	1,8±0,04
4	Старший школьный	М	2	-	2,0	-	1,5	1,0	2,0±0,05	1,1	1,2±0,04
		Ж	2	-	1,5	-	2,0	0	1,1±0,06	1,4	1,5±0,04
		Всего	4	-	1,75	-	1,75	1,0	1,5±0,05	1,25	1,35±0,04
Итого			50	2,2	1,78	1,5	1,5	1,1	1,6±0,02	0,9	2,2 / 1,6±0,04

Жалолова Н.М., 3-курс, магистрант

О МИКОЗАХ НА СЛИЗИСТЫХ ЛОР-ОРГАНОВ У БОЛЬНЫХ ПРИ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЯХ, ТРАВМАХ

Научный руководитель: к.м.н., доц. Вохидов Н.Х.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино,
Узбекистан

Кафедра оториноларингологии

Заболевание вызывают, в основном, дрожжеподобные грибы рода *Candida albicans*, которые в норме являются сапрофитами полости рта и обнаруживаются у 40% здоровых людей. При снижении реактивности организма эти грибы приобретают патогенные свойства.

Цель. Изучение проявлений кандидоза слизистой ЛОР органов при снижении реактивности организма.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 26 пациентов с микозами слизистых ЛОР органов в возрасте от 23 до 79 лет, 10 женщин и 16 мужчин. Из них, с пневмонией – 8, с пневмонией, ИБС и хронической анемией - 1, с сахарным диабетом и гипертонической болезнью -3, с ИБС и стенокардией -2, с гнойным менингитом -2, с хроническим колитом –1, с хроническим панкреатитом-1, с политравмой-2. Проведено микробиологическое и микроскопическое исследование проб из лакун небных миндалин и задней стенки глотки.

Результаты. При микробиологическом исследовании микробный пейзаж бактериально-грибковый в 74,9% случаев, грибковый – в 15,1% случаев. Среди бактерий преобладали *Streptococcus pyogenes* – 11,4%, *Streptococcus pneumoniae* – 26,2%, *Staphylococcus aureus* – 19%. Грибы в большинстве случаев представлены родом *Candida albicans*. После курса лечения дифлюканом по 100150 мг в сутки в течение 14 дней в сочетании с местным лечением растворами «Тантрум Верде», Кандид 1% и др., параллельно с лечением основного заболевания, излечились 87,8%. Для 11,2% больных потребовался более длительный курс лечения, до 28 дней. 48% пациентов наблюдались 23 года. У всех больных на фоне лечения фунгицидными средствами рецидивов не было, облегчалось течение основного заболевания.

Выводы. Таким образом, в связи со снижением защитных сил организма, нельзя недооценивать возможности развития грибковой патологии. При подозрении на кандидоз необходимо микробиологическое и микроскопическое исследование материала. При выявлении грибковых заболеваний необходим адекватный курс местного и системного лечения. Может потребоваться длительное лечение. По окончании лечения необходим лабораторный контроль.

Иноятов А.Ж., 4-босқич

СЎЛАК БЕЗЛАРИНИНГ СУРУНКАЛИ ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРНИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Илмий раҳбар: асс. Пўлатова Ш.К.

Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти. Ўзбекистон
Хирургик стоматология кафедраси

Тадқиқот мақсади. Сурункали сиалоденит билан касалланган беморларда комплекс даволашда Имудон дори-воситасининг самарадорлигини ўрганиш.

Ҳозирги вақтда мавжуд бўлган даволаш услублари ҳар вақт ҳам самара бермайди. Бундан ташқари, қўлланиладиган дори воситалари кўпинча организмнинг аллергиялик ҳолатларига олиб келади, ноҳақ самарадорликка сабаб бўлади ва беморнинг ҳаёт тарзини пасайтиради.

Материал ва усуллар. Бухоро вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказнинг юз-жағ жарроҳлик бўлимида сурункали сиалоденитлар бўйича даволанган 20 та беморларнинг даволаш режаси ва натижалари таҳлил қилинди. Беморлар икки гуруҳга ажратилди. Биринчи – асосий гуруҳига 12 бемор кирди (7та эркак ва 5та аёл); уларга комплекс даво чораларга Имудон препарати қўлланилди – маҳаллий 1 таблеткадан кунига 4 маҳал. Пациентларнинг иккинчи – назорат гуруҳида (8та бемор – 5та эркак, 3та аёл) сурункали сиалоденитлар анъанавий усуллар ёрдамида даволанди. Анъанавий даволаш тадбирлари – маҳаллий ва умумий даво чоралардан иборат. Маҳаллий даволаш - сўлак безлар асосий чиқиш йўллари орқали антисептик эритмаси (1:5000 фурацилин) билан ювилганидан сўнг антибиотик киритилади; сўлак безлар соҳасига УВЧ индуктор ёки спиртли компресс қўйилади. Умумий даволашга антибиотикотерапия, десенсибилизацияловчи, витаминотерапия ва б.х. қўлланилади.

Натижалар ва таҳлили. Имудон оғиз бўшлиғи шиллик қаватидаги химояловчи кучларини стимуляциялайди. Ушбу препаратнинг ҳавфсизлиги, бактерия ва вирусли табиатдаги инфекцияларда исботланган юқори клиник самарадорлиги, кўрсатмаларнинг кенг доираси, антибиотикларда эҳтиёжи пасайиши ва бошқа афзалликлари туфайли асосий гуруҳ беморларда касалликнинг клиник симптомлари кечиши жуда тез регрессияга учраб, нормаллашди. Сўлак безлардаги шиш, кизариш, оғриқ пасайиши ва саливациянинг нормаллашуви назорат гуруҳидаги беморларга нисбатан 2-3 суткага тезроқ амалга оширилди.

Хулосалар. Сурункали сиалоденитлар билан касалланган беморларни Имудон препарат билан комплекс даволаганда ушбу препаратнинг юқори самарадорлиги исботланади ва уни амалиётида кенг қўлланилиши учун тавсия қилиш мумкин.

Кобиров Э.И., 5-курс

ПРОБЛЕМА ВЫБОРА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗА РОТОГЛОТКИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

Научный руководитель: асс. Нуриддинов Х.Н.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.

Узбекистан

Кафедра оториноларингологии

У ВИЧ-инфицированных детей микозы, вызванные *Candidasp.* и *Cryptococcussp.*, встречаются значительно чаще, чем у неинфицированных. В связи с тем, что ВИЧ-инфекция характеризуется выраженными нарушениями в иммунной системе больных, то последние легко заражаются аспергиллами, пенициллами, мукорами и другими грибами.

Известно, что имеется прямая взаимосвязь между состоянием иммунной системы и активацией непатогенной флоры и оппортунистической инфекцией (микрофлоры) ротоглотки. При ВИЧ-инфекции уже на ранних стадиях заболевания, еще до развития картины выраженного иммунодефицита, появляются первые признаки иммуносупрессии - это рецидивирующий кандидоз ротоглотки.

В связи с довольно частым появлением штаммов *Candida*, устойчивых к наиболее широко используемым лекарственным препаратам, возникает необходимость выбора последних. По мнению Tumbarella. et. al (1996), перед началом лечения нужно тщательно анализировать чувствительность выделенных штаммов *in vitro*. В особенности это касается *S.albicans* – вида, у которого нередко стали отмечать резистентность к лекарственным препаратам. В целях прогноза эффективности лечения кандидоза ротоглотки необходимо определение чувствительности патогена к одной, заранее известной, концентрации антимикотика (метод Оддса). Так, применение этого метода у ВИЧ-инфицированных лиц с кандидозом ротоглотки при испытании на чувствительность к кетоконазолу помогло в 75% случаев предсказать неэффективность данного препарата. Наиболее часто используемыми препаратами для лечения кандидоза ротоглотки у ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом людей являются флуконазол, кетаконазол и итраконазол. В связи с появлением флуконазол-резистентных штаммов *Candidasp.* у ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом людей возникает проблема их эффективного лечения другими препаратами, одним из которых чаще всего является итраконазол. Однако показано, что при лечении флуконазол-резистентного кандидоза ротоглотки длительно и большими дозами итраконазола у пациентов могут возникнуть штаммы, резистентные к обоим азолам; при этом только 30% флуконазол-резистентных штаммов оказались нечувствительными к итраконазолу.

По другим наблюдениям, среди штаммов, резистентных к флуконазолу, не было культур, устойчивых к итраконазолу. При лечении ВИЧ-

инфицированных больных кандидозом ротоглотки эффективнее оказались водные препараты итраконазола, чем капсульные, причем добавление циклодекстрана улучшает клинический эффект лечения итраконазолом. К настоящему времени для лечения флуконазол-резистентных форм кандидоза ротоглотки у ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом пациентов предложен препарат из группы триазолов-вориконазол, успешно прошедший все этапы клинических испытаний.

Копбаева Н.В., 5-курс, Ашикбекова М.К., 5-курс, Гарифуллина Р.Р., 6-курс,
Бирмуханова А.У., асс.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМ ПЕРИОДОНТИТОВ

Научный руководитель: магистр медицины Токбергенова А.Т.
НАО «Карагандинский медицинский университет». Казахстан
Кафедра стоматологии

На сегодняшний день проблема заболевания тканей периодонта остается весьма актуальной для врачей-стоматологов, так как длительный воспалительный процесс в области периапикальных тканей становится причиной развития острых воспалительных процессов челюстно-лицевой области, очагом хронической инфекции, вызывающим соматические заболевания. Обострение болезни периодонтита представляет большую медико-социальную проблему в связи с риском утери постоянных зубов и ухудшением качества жизни.

Как очаг инфекции и интоксикации апикальный периодонтит представляет потенциальную опасность для организма. Данные современной литературы свидетельствуют, что инфекция периапикальных очагов может служить причиной одонтогенных воспалительных процессов челюстно-лицевой области, сенсibiliзировать организм и способствовать развитию заболеваний внутренних органов и систем организма человека, а также приводит к затяжному и осложненному течению острых и хронических процессов.

В настоящее время обострение хронического периодонтита встречается гораздо чаще чем острые формы заболевания. Периодонтиты являются одной из наиболее сложных и важных проблем в стоматологической практике, в частности обострения хронического периодонтита.

Осложненные формы периодонтита на сегодняшний день являются основной причиной тракции зубов, кроме того, деструкция периодонта приводит к развитию таких тяжелых осложнений как периостит, абсцесс, флегмона, остеомиелит. Тенденция развития данного заболевания у взрослых в настоящее время не показывает положительную динамику так как отмечается высокая частота заболевания. При лечении обострений хронического периодонтита наблюдается отсутствие прогресса в выздоровлении как в ближайшие, так и в отдаленные сроки. Завершенное эндодонтическое лечение нередко ошибочно считают за окончательное выздоровление. При технически

безупречном пломбировании корневого канала, патологический очаг в периапикальных тканях сохраняется длительное время, создавая условия возникновения рецидивов и осложнений. Наличие обострения хронического периодонтита сопровождается нарушением функциональной ценности «причинного» зуба, инфильтрацией дентина стенок корневого канала бактериями, их токсинами, продуктами распада тканей пульпы, проникновением патогенной микрофлоры и ее токсинов за верхушку корня, что приводит к развитию воспаления периодонта и деструкции костной ткани в периапикальной области. Периапикальные очаги хронического воспаления и деструкции костной ткани понижают неспецифическую резистентность организма, нарушают иммунологический статус, способствуют формированию соматической патологии, патогенетически связанной с одонтогенным очагом хронической инфекции.

Цель. Провести клинико-статистический анализ распространённости обострения хронических периодонтитов в Карагандинской области среди взрослого населения у мужчин и женщин.

Методы и материалы. Нами был проведен ретроспективный и проспективный анализ амбулаторных карт поликлинического отделения областной челюстно – лицевой больницы, пациентов обратившихся в ночное время (форма № 043/у) с диагнозом МКБ – 10 (K04.5) обострение хронического периодонтита.

Согласно полученным данным, исследуемые были распределены на 4 группы: по половому признаку, мужчины и женщины. Исходя из полученных сведений, рассчитывались показатели распространенности хронического апикального периодонтита и его структуры в различных возрастных группах: от 25-44 лет; 45-60 лет; 61-75 лет и от 75-90 лет, челюсти и зубы которые были поражены.

Результаты и обсуждения. По результатам нашего исследования нозологической формы заболевания: обострение хронического периодонтита в период (01.03.17-03.09.17г.), в челюстно-лицевой областной больнице г. Караганды были пролечены всего 1300 больных из них 646 пациентов с диагнозом обострение хронического периодонтита. Число женщин составило 370 пациентов, а мужчин 246. Частота встречаемости заболевания по половому признаку за шесть месяцев превалирует у женщин чем у мужчин. Было установлено, что случаи обострения хронического периодонтита наиболее часто встречается в обеих половых категориях, в возрасте от 25-44 лет, чем в возрастной категории от 76-90 лет. На втором месте по частоте обращаемости от 45-60, на третьем от 61-75. Среди мужчин число обратившихся в возрасте от 25-44 лет составило 188 случаев, от 45-60 лет составило 64, от 61-75 лет составило 20 случаев, 76-90 лет частота встречаемости всего 4 случая. Среди женщин число пациентов обратившихся в поликлиническое отделение областной челюстно – лицевой больницы составило 235 случаев в возрасте от 25- 44 лет, с 45-60 лет 80 случаев, 61-75 лет 45 случаев, 76-90 всего 10. Из полученных данных мужчин в возрасте 25-44 лет, выявлено, что частота

данного осложнения приходится на верхнюю челюсть 98 зубов (в основном поражаются моляры), из них резцов верхней челюсти составило 6 зубов, клыков 5 зубов, премоляров 25 зубов, моляров 62 зуба.

Частота заболевания на нижней челюсти составило 100 зубов. Из них резцов на нижней челюсти 5 зубов, клыков 0 зубов, премоляров 9 зубов, моляров 86 зубов. В возрасте 45-60 лет, пораженных зубов на верхней челюсти составляет 27 зубов. Из них резцов 3 зуба, клыков 3 зуба, премоляров 7 зубов, моляров 14 зубов. Частота заболевания на нижней челюсти составило 45 зубов. Из них резцов 0 зубов, клыков 3 зуба, премоляров 13 зубов, моляров 29 зубов. В возрасте 61-75 лет, частота поражения зубов на верхней челюсти составляет 13 зубов. Из них резцов 1 зуб, клыков 2 зуба, премоляров 5 зубов, моляров 5 зуба. Частота заболеваний на нижней челюсти составило 9 зубов. Из них резцов 1 зуб, клыков 1 зуб, премоляров 4 зуба, моляров 3 зуба. В возрасте 76-90 лет, количество пораженных зубов на верхней челюсти 2 зуба, из них 1 клык и 1 премоляр. Частота пораженных зубов на нижней челюсти 2 зуба, из них 1 премоляр и 1 моляр. Среди представителей женского пола, число пораженных зубов в возрасте 25-44 лет на верхней челюсти составило 144 зуба, из них резцов 8 зубов, клыков 6 зубов, премоляров 45 зубов, моляров 85 зубов. Частота пораженных зубов на нижней челюсти 111. Из них резцов 2 зуба, клыков 0 зубов, премоляров 10 зубов, моляров 99 зубов. В возрасте 45-60 лет, количество пораженных зубов на верхней челюсти 55 зубов. Из них резцов 16 зубов, клыков 3 зуба, премоляров 10, моляров 26. Частота пораженных зубов на нижней челюсти 43 зубов. Из них резцов 15 зубов, клыков 1 зуб, премоляров 5 зубов, моляров 22. В возрасте 61-75 лет, количество пораженных зубов на верхней челюсти 21. Из них резцов 9 зубов, клыков 3 зуба, премоляров 4 зуба, моляров 5 зубов. Частота пораженных зубов на нижней челюсти 34 зуба. Из них резцов 4 зуба, клыков 4 зуба, премоляров 11, моляров 19 зубов. В возрасте 76-90 лет количество пораженных зубов на верхней челюсти 3. Из них 1 премоляр, 2 моляра. Частота пораженных зубов на нижней челюсти 11 зубов. Из них резцов 7 зубов, клыки 1, премоляры 1, моляры 2 зуба.

Выводы. Как очаг инфекции и интоксикации периодонтит представляет потенциальную опасность для организма. Данное заболевание может служить причиной одонтогенных воспалительных процессов челюстно-лицевой области, сенсibilизировать организм и способствовать неблагоприятному течению заболеваний внутренних органов.

Всего нами было выявлено 1300 случаев различных форм хронического апикального периодонтита, из них 646 с диагнозом обострение хронического периодонтита. Таким образом, результаты данной работы свидетельствуют о высокой заболеваемости взрослого населения обострением хронического периодонтита, обращающихся в медицинские организации стоматологического профиля города Караганды. С увеличением возраста отмечается постепенное снижение частоты острых форм периодонтита с параллельным увеличением распространенности его хронических форм. В структуре хронических форм

заболеваний периодонта лидирующие позиции занимает апикальный периодонтит.

Проведено аналитическое исследование амбулаторных карт, которое позволило установить возрастные особенности утраты зубов, которые с учётом возрастной группы не зависели от пола. Частота встречаемости заболевания по половому признаку за шесть месяцев превалирует у женщин чем у мужчин. Было установлено, что случаи острого хронического периодонтита наиболее часто встречается в обоих половых категориях, в возрасте от 25-44 лет, чем в возрастной категории от 76-90 лет. На втором месте по частоте обращаемости от 45-60 лет, на третьем от 61-75 лет. Не было выявлено, каких-либо предрасполагающих причин в зависимости от пола и особенностей работы организма. Значение имеет лишь состояние полости рта, наличие соматических патологий и вредных привычек, таких как курение, злоупотребление алкоголем.

Установлено, что люди молодого возраста обращаются за удалением зубов в связи с обострением хронического периодонтита в 65,4% случаев и за одно посещение удаляют соответственно 1,03 и 1,09 зуба. Люди среднего возраста удаляют зубы в связи с обострившимся хроническим периодонтитом в 22,3% случаев. Люди пожилого и старческого возраста в основном удаляют зубы в связи с проведением санационных мероприятий перед зубным протезированием по поводу хронических стоматологических заболеваний, а так же по поводу обострения хронического периодонтита в 12,3% случаев. За одно посещение врача стоматолога-хирурга люди пожилого и старческого возраста удаляют соответственно 1,31 и 1,95 зуба. Полагаем, что все это связано с воспалительным заболеванием периодонта, хроническими очагами инфекции, с некачественным эндодонтическим лечением.

Полученные нами данные имеют высокое значения для выявления частоты случаев обострения хронического апикального периодонтита среди пациентов всех возрастов, что свидетельствуют о необходимости обеспечения мер по раннему выявлению нозологических форм периодонтита и их диспансеризации. Снижению заболеваемости периодонта с учетом особенностей протекания и осложнений данного заболевания будет способствовать систематическая стоматологическая помощь и комплексные мероприятия по гигиене и санации полости рта.

Кривенцев А.Е., 2-курс

**ПРОСВЕЩЕННОСТЬ ШКОЛЬНИКОВ 2-5 КЛАССОВ ГОРОДА
ВОЛГОГРАДА В ВОПРОСАХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ
ПРОФИЛАКТИКИ**

Научный руководитель: д.м.н., доц. Хмызова Т.Г.

Волгоградский государственный медицинский университет. Российская
Федерация

Кафедра стоматологии детского возраста

Одной из основных проблем современного общества является здоровье ротовой полости, для поддержания и укрепления которого необходим целый комплекс профилактических мероприятий [1]. Важную группу населения составляют школьники. Именно в период обучения в школе происходит смена временного прикуса на постоянный и окончательное формирование твердых тканей зубов. Поэтому существенной задачей является внимательное и заботливое отношение к стоматологическому здоровью данной группы населения [2,3].

Правильные рацион и режим питания очень важны для профилактики стоматологических заболеваний, для формирования зубов и их резистентности к воздействию неблагоприятных факторов, для повышения самоочищающей способности ротовой полости, для зубочелюстной системы (для ее тренировки). Поэтому, помимо гигиенического просвещения, значительную роль в вопросах стоматологической профилактики играет питание – как одно из составляющих здорового образа жизни.

Метод анкетирования – является ключевым способом определения гигиенических знаний и профилактических умений, согласно результатам которого, можно сделать выводы о просвещенности нашего общества.

Цель. На основании анкетирования провести оценку знаний правильного рациона питания среди обучающихся 2-5 классов города Волгограда.

Материалы и методы. В данном исследовании приняли участие 230 детей (мальчиков - 51,3% и девочек - 48,7%), обучающихся со 2 по 5 класс, в возрасте 8-11 лет. В составленной анкете был представлен блок – «Питание», имеющий 8 вопросов, которые характеризуют информированность, правильность рациона питания, мотивацию, а также оценку собственного здоровья.

Результаты. В ходе проведенного анкетирования был получен ряд следующих данных. По полученным результатам, прием сладкого характерен для большей части учащихся 2-5 классов: 37,8% - обязательно раз в неделю съедают что-нибудь сладкое; 34,3% - редко, но все, же употребляют; 27% - каждый день имеют в своем рационе пищу богатую сахаром; 0,8% - не едят сладкого. Основная масса проанкетированных 57% - предпочитает есть творог раз в неделю, 24,7% - старается ежедневно съесть творог, у 18,3% - твороженная продукция отсутствует в рационе. Также было установлено, что фрукты (яблоки, груши) являются немаловажным компонентом питания школьников: 71,3% - едят их каждый день, 20,9% - раз в неделю, 7,8% - редко.

Современные школьники довольно таки часто употребляют газированные напитки (кола, пепси, спрайт, фанта), что было подтверждено статистикой: 37,8% - пьют их только по праздникам, 35,2% - пару раз в неделю, 18,3% - не пьют, 5,7% - несколько раз в день, 3% - ежедневно. Молоко каждый день пьют 52% детей 8-11 лет, 28,4% - несколько раз в неделю, 10,9% - очень редко, 8,7% - исключают молоко из своего рациона. Еще одной вредной составляющей, наравне с газировкой, являются различные чипсы и сухарики: 60,9% - очень редко, но все же едят данные продукты, 20,4% - несколько раз в неделю, 13,5%

- совсем отказались от их приема, 5,2% - каждый день. Овощи (морковь) – это продукты, которые необходимы для нормального развития и функционирования всего организма. В ходе анкетирования определено, что 48,9% ребят ежедневно едят овощи; 31,9% - раз в неделю; 19,2% - изредка.

Неотъемлемое составляющее в режиме дня школьников – перекусы, которые 54,8% совершают по желанию; 30% - три раза в день после завтрака, обеда и ужина; 11,3% - каждый час; 3,9% - не перекусывают. В качестве таких подпиток дети используют: фрукты – 73,4%, бутерброды -37,6%, овощи -21%, сладкое – 16,6%, чипсы и газировку – 5,2%. В целом, рацион питания большинства школьников отвечает нормам, а самое главное сбалансирован. Тем не менее, есть продукты достаточно вредные для здоровья организма.

Выводы. Большая часть учащихся 2-5 классов владеют правилами гигиены ротовой полости. Школьники знают как часто и когда чистить зубы и посещать стоматолога, время чистки, когда менять зубную щетку. Также дети 8-11 лет имеют некоторое представление об уходе за полостью рта в течение дня после приема пищи. Но при этом уровень данных знаний пока является базовым и для их совершенствования необходимо проводить информирование и обучение школьников профилактическим мероприятиям. Проанализировав рацион питания, правильность подбора продуктов и режим употребления пищи, нужно отметить, что есть большое количество продуктов вредных для здоровья (газировки, сладости, чипсы и т.д.), которые, к сожалению, школьники довольно часто употребляют. В целом, рацион питания большинства школьников отвечает нормам, а самое главное сбалансирован.

Список литературы

1. Денисенко Л.Н., Данилина Е.В. Оценка состояния пародонта беременных женщин до и после лечения // Электронный научно-образовательный вестник Здоровье и образование в XXI веке. 2010. – Т.12, №10. – С.496–497.
2. Михальченко Д.В. Психофизиологические аспекты прогнозирования адаптации человека к ортопедическим стоматологическим конструкциям // Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Волгоградский государственный медицинский университет. – Волгоград, 1999.
3. Ярмова Э.Н., Солодова Ю.О., Денисенко Л.Н., Сербин А.С. Состояние тканей пародонта у беременных с поздними токсикозами // Международный студенческий научный вестник. – 2015. – №2. – С.83–84.

Кузьменко А.А., 4-курс

СПЕЦИФИКА СТРОЕНИЯ КЛИНОВИДНОГО СИНУСА С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЕГО ГНОЙНО- ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Научный руководитель: к.м.н., доц. Малыгина О.Я.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская
Федерация

Кафедра лучевой диагностики, лучевой терапии, онкологии

В настоящее время отмечается увеличение количества наблюдений изолированного сфеноидита в рутинной клинической практике, что делает вопрос об ее патологии весьма актуальным. В состав клиновидной кости входят тело, малые и большие крылья, крыловидные отростки. Пазуха расположена глубоко в центре черепа над носоглоткой в теле клиновидной кости. Данный синус не является парным, но у взрослых в большинстве случаев разделен перегородкой на две неравные части, которые как правило не сообщаются между собой. Сфеноидальный синус сообщается посредством небольших отверстий со сфеноидальным карманом, а после с верхним носовым ходом и относится к задним околоносовым путям. На верхней стенке пазухи располагается турецкое седло. Снаружи вдоль боковых стенок пазухи проходят кавернозные синусы с располагающимися в них сосудами и нервами. Анатомия полости такова, что любой, возможно и незначительный отек слизистой может стать причиной нарушения нормального процесса воздухообмена. При этом нарушается отток жидкости из синуса, увеличивается концентрация патогенного содержимого, что создает условия для стремительного размножения микроорганизмов, происходит прогрессирование и распространение воспаления. В литературе выделяют множество факторов, которые усиливают риск развития патологии. Среди них выделяю такие, как небольшие размеры и неправильные формы пазух, аномалии развития (например, отсутствие соустья), узость соустья, искривление перегородки или наличие дополнительных перегородок и др.

Цель. Изучение топографо-анатомических особенностей клиновидной пазухи у людей зрелого возраста в аспекте особенностей хирургического вмешательства при гнойно-воспалительных заболеваниях данной пазухи.

Материалы и методы. Проанализированы магнитно-резонансные томограммы 24 пациентов, выполненных на магнитно-резонансном томографе «Gyrosan NT» фирмы «Philips» оснащенном сверхпроводящей магнитной системой с силой поля 0,5 Тесла, в положении "лежа на спине", с использованием специальной головной катушки.

Результаты. По данным магнитно-резонансного исследования области головы и шеи людей зрелого возраста (12 женщин и 12 мужчин в возрасте от 24 до 60 лет) было изучено анатомическое строение и размеры клиновидной пазухи. Данные измерений показали, что величина синуса весьма переменна. Ее размеры колеблются от 2 до 30 см³ и в среднем составляет 18 см³. У 18-ти исследуемых клиновидная пазуха была разделена одной или большим количеством перегородок, которые в основном имели неправильную форму, тогда как в 6-ти случаях перегородка отсутствовала. У 2-х человек перегородки имели ветвистое строение, у 4-х пазуха разделена взаимно перпендикулярными перегородками во фронтальной и сагиттальной плоскостях, у 2-х – перегородка полулунно окаймляет переднелатеральную часть пазухи слева, у 3-х посредством сагиттальной и неполной фронтальной на три неравные части, у 2-х - две сагиттальные перегородки. Как правило в литературе указывают на наличие одной перегородки в сагиттальной плоскости, которая равномерно

разделяет пазуху на две части. Такой классический вариант встретился только у 5 пациентов.

Выводы. С учетом того, что на сегодняшний день основной метод лечения гнойно-воспалительных заболеваний клиновидной пазухи-эндохирургический, важным является вопрос о ее достаточной ревизии, при проведении которой необходимо иметь в виду рассмотренную выше индивидуальную анатомическую изменчивость внутреннего строения клиновидной пазухи.

Курашова С., 2-курс

СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ КАРИЕСА ЗУБОВ «ICON» ТЕХНОЛОГИЕЙ

Научный руководитель: асс. Самадова Ш.И.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.

Узбекистан

Кафедра хирургической стоматологии

В результате препарирования зубов при кариозном поражении, иссекается часть непораженных тканей. Это противоречит принципу, главенствующему в современной стоматологии, - максимальное сохранение здоровых тканей зуба. Технология «ICON» уже успела зарекомендовать себя как прекрасный и что немаловажно для пациента – безболезненный способ лечения кариеса.

Цель. Оценить качество и популярность современных методов лечения кариеса, а также методов, повышающих эффективность лечения, и выявить их отрицательные и положительные стороны.

Материалы и методы. Поверхность пораженного зуба полируется и очищается при помощи абразивных паст и щеток. Специальным травящим гелем обрабатывают зуб на протяжении 2-3 минут. После этого смывают гель, и сушат поверхность зуба. Нужно вкрутить иглу (наконечник) на шприц Icon-Dry (99% этанола) и нанести на пораженный участок зуба материал, на 30 секунд оставляем его действовать, после чего сушим сухим воздухом. На пораженный участок наносят специальный инфильтрат Icon и держат 3 минуты. После полимеризуют специальной лампой (40 секунд). Навинтить новую насадку на шприц Icon-Infiltrant, нанести материал второй раз и оставить на 1 минуту. Удалить излишки материала ватным тампоном и при необходимости зубной нитью. Затем отсветить в течение минимум 40 секунд.

Изучение научных отечественных и зарубежных материалов, разработка анкеты для опроса специалистов, анкетирование врачей-стоматологов стоматологических клиник города Бухары.

Результаты. В результате исследований было выявлено, что в настоящее время наибольшей популярностью в современных стоматологических клиниках пользуются ультразвуковые и звуковые аппараты, а препарат Icon и озонотерапия как способ дезинфекции используются лишь в одиночных клиниках. Главными положительными качествами данных методов лечения

кариеса были безболезненность, высокие эстетические свойства, отсутствие страха у детей при лечении.

Выводы. Современные методы лечения кариеса (препарат Icon, ультразвуковые и звуковые аппараты, озонотерапия как способ дезинфекции) показали высокую эффективность как при самостоятельном использовании, так и в сочетании с традиционными методами лечения. Они очень активно внедряются в современную практику, что поднимает уровень и качество стоматологии в целом.

Макаева Г.С., 6-курс, Жармагамбетова А.Г., PhD, КазНМУ
**ИССЛЕДОВАНИЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА ПОЛОСТИ РТА ПРИ
ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ**

Научный руководитель: к.м.н., доц. Тулеутаева С.Т.
НАО «Медицинский университет Караганды». Казахстан
Кафедра стоматологии

Одним из ведущих факторов риска развития кариеса зубов и заболеваний пародонта является плохое гигиеническое состояние ротовой полости, особенно при ортодонтическом лечении.

Используемые ортодонтические устройства как съемные, так и несъемные устраняют зубочелюстные аномалии, нормализуют функции зубочелюстной системы, но тем не менее, способствуют ухудшению самоочищения полости рта, усложняют уход за зубами и создают благоприятные условия для образования мягкого зубного налета. В связи с этим отмечается высокое микробное обсеменение поверхностей зубов и ортодонтических аппаратов, и покрытие их обширным мягким налетом, что, в свою очередь, приводит к деминерализации эмали зубов.

В связи с этим возникает необходимость более углубленного и детального изучения микробного пейзажа полости рта до начала ортодонтического лечения и на его этапах, его влияния на развитие кариеса зубов и заболеваний пародонта.

Цель. Изучение влияния микробиологического фактора на стоматологическое здоровье у детей, находящихся на ортодонтическом лечении с целью дальнейшей разработки лечебно-профилактических мер.

Задачи исследования:

1. Определить микробный пейзаж полости рта во время ортодонтического лечения.
2. Провести сравнительный анализ изменения микрофлоры полости рта при съемном и несъемном видах ортодонтического лечения.
3. Определить критические уровни колониеобразующих единиц (КОЕ) микроорганизмов в развитии кариеса зубов при различных видах ортодонтического лечения.

Материал и методы. Дети обоего пола в возрасте 12 лет в количестве 200 человек были рандомизированы на 2 группы путем случайной выборки. В

первой группе лечение проводилось съёмными аппаратами. Ортодонтический аппарат (инновационный патент РК № 87625 от 06.06.14) изготавливался из акрилового материала Редонт производства АТ Стома (Украина, регистрационный номер 011177KZ1510.02.01.00007480). Во второй группе лечение проводилось несъёмным ортодонтическим аппаратом, то есть металлической брекет - системой – техникой прямой дуги (straight wire technique) фирмы Morelli (Бразилия).

Микробиологическое исследование проводили в динамике: до ортодонтического лечения, во время ортодонтического лечения (через 6 месяцев) и после ортодонтического лечения. Оно включало определение облигатной и факультативной микрофлоры зубного налета в боковом и фронтальном отделах зубных рядов, а также в пунктах ретенции ортодонтических аппаратов. Посев материала производился на следующие питательные среды: кровяной агар (КА) (стафилококки, стрептококки); желточно-солевой агар (ЖСА) (стафилококки, бациллы); среда Эндо (энтеробактерии); среда Сабуро (дрожжеподобные грибы, дрожжи); среда МРС-2 (лактобактерии, молочнокислый стрептококк); тиогликолевая среда (клостридии, бактероиды, фузобактерии). Посевы инкубировали в термостате 18–24 часа при температуре 37 °С, среда Сабуро – около 3 – 5 дней при 28 °С. Окрашивание проводилось по методу Грама и Бури, при этом оценивали морфологические и тинкториальные свойства микроорганизмов. Идентификация выделенных микроорганизмов проводилась до рода на аппарате MALDI.

Статистическая обработка полученных данных проводилась в программе SPSS ver. 20 для OS Windows.

Результаты. Анализ результатов бактериоскопии показал, что у всех обследуемых пациентов в мазках изменялся количественный состав микрофлоры в зависимости от периода ортодонтического лечения. На всех этапах лечения выделялись постоянные контаминанты: при съёмных аппаратах - *Lactobacillus* spp., *Streptococcus* spp. и *Staphylococcus* spp., при несъёмных - *Streptococcus mutans* и *Staphylococcus* spp.

Во время ортодонтического лечения съёмной аппаратурой в мазках обследуемых-помимо уменьшения количества постоянных контаминантов *Lactobacillus* spp., *Streptococcus* spp. и *Staphylococcus* spp., представители родов *Candida albicans* и *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus mutans* преобладали в количестве по сравнению с началом ортодонтического лечения. Также в данном периоде лечения при съёмных аппаратах высевались *Streptococcus piogenius* и *Neisseria*.

При несъёмной аппаратуре - представители родов *Streptococcus mutans*, *Candida albicans* и *Lactobacillus* spp., обнаруживались чаще.

Во время ортодонтического лечения отмечалось изменение КОЕ выделенных микроорганизмов (таблица 1).

Таблица 1

Степень колонизации микроорганизмов во время ортодонтического лечения

Микроорганизмы	Ig КОЕ г/мл					
	До лечения		Во время лечения		После лечения	
	Первая группа	Вторая группа	Первая группа	Вторая группа	Первая группа	Вторая группа
Lactobacillus spp.	M=3,2 SD=1,2	M=4,1 SD=1,4	M=9,6 SD=2,7	M=7,4 SD=2,9	M=6,4 SD=2,8	M=5,7 SD=1,9
Streptococcus spp.	M=2,4 SD=0,9	M=1,2 SD=0,8	M=2,8 SD=1,1	M=1,7 SD=0,6	M=2,5 SD=1,3	M=1,3 SD=1,8
Streptococcus piogenus	-	-	M=2,6 SD=0,9	M=1,8 SD=0,8	-	-
Streptococcus mutans	M=2,2 SD=1,6	M=1,4 SD=0,7	M=9,7 SD=3,8	M=6,4 SD=2,9	M=2,8 SD=1,7	M=3,6 SD=2,1
Peptostreptococcus spp.	M=1,3 SD=1,9	-	M=1,6 SD=0,6	-	M=1,9 SD=0,7	-
Staphylococcus spp.	M=2 SD=2,1	M=3,2 SD=1,4	M=5,8 SD=2,2	M=7,6 SD=3,4	M=2,9 SD=1,3	M=4,8 SD=2,3
Staphylococcus aureus	M=2,3 SD=0,7	M=1,4 SD=0,9	M=4,2 SD=2,7	M=6,3 SD=2,4	M=3,7 SD=1,4	M=2,8 SD=1,5
Bacteroides spp.	M=1,7 SD=0,4	-	M=3,8 SD=1,7	-	M=1,2 SD=0,8	-
Veillonella	M=1,9 SD=0,5	M=2,4 SD=1,1	M=3,5 SD=0,8	M=8,6 SD=3,7	M=2,7 SD=1	M=3,9 SD=2
Neisseria	M=1,8 SD=0,6	M=2,7 SD=0,	M=1,8 SD=0,7	M=5,9 SD=2,1	M=1,8 SD=0,5	M=2,8 SD=1,2

		9				
C.albicans	M=3,6 SD=1,3	M=2, 5 SD=0, 9	M=8,9 SD=3,1	M=6,8 SD=2,7	M=5,8 SD=2, 6	M=4,7 SD=2,1

После ортодонтического лечения имела тенденция к снижению как частоты высеваемости, так и общей микробной обсемененности данными симбионтами.

Проведенное исследование по изучению микробиологических аспектов во время лечения ЗЧА позволило сделать следующие выводы:

1. Результаты микробиологического исследования свидетельствует о количественных и качественных изменениях микробиоценоза полости рта у пациентов, находящихся на ортодонтическом лечении. Микробный пейзаж во время ортодонтического лечения представлен: *Lactobacillus* spp., *Streptococcus* spp., *Streptococcus piogenius*, *Streptococcus mutans*, *Peptostreptococcus* spp., *Staphylococcus* spp., *Staphylococcus aureus*, *Bacteroides* spp., *Veillonella*, *Neisseria*, *C.albicans*.

2. При съемном и несъемном видах ортодонтического лечения выделялись ассоциации микроорганизмов *Candida albicans*, *Lactobacillus* spp., *Streptococcus mutans*. Значимой разницы в группах исследуемых не выявлено, что свидетельствует о том, что рост микроорганизмов во время ортодонтического лечения не зависит от вида ортодонтического лечения и связан с ухудшением уровня гигиены полости рта.

3. Критические уровни КОЕ для развития кариеса зубов при съемном ортодонтическом лечении составили - *Candida albicans* 10^8 , *Streptococcus mutans* 10^9 ; *Lactobacillus* spp. 10^9 ; при несъемном ортодонтическом лечении - *Candida albicans* 10^6 , *Streptococcus mutans* 10^6 ; *Lactobacillus* spp. 10^7 .

Все эти данные позволяют предложить следующий алгоритм по введению ортодонтических пациентов:

1. Проведение санации полости рта до начала ортодонтического лечения.
2. Микробиологическое исследование на всех этапах ортодонтического лечения с целью коррекции гигиены полости рта.

Мардиева Сора, 3-босқич

**КАРИЕС ВА СТОМАТИТ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ДАВОЛАШ ВА
ПРОФИЛАКТИКАСИДА “АЕРОДЕНТ” ТИШ ЮВИШ КАПСУЛАСИНИ
Қўллаш Усули**

Илмий раҳбар: асс. Раҳматова Д.С.

Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти. Ўзбекистон
Болалар стоматологияси кафедраси

Ҳозирги кунда 1 ёшдан 5 ёшгача бўлган болалар орасида оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касалликлари стоматитлар ва тиш кариеси касаллиги тобора авж

олиб бормоқда. Бу касалликларни олдини олиш ва даволаш мақсадида янги “**Aerodent**” тиш ювиш капсуласини қўллаш мумкин. Капсуланинг авфзал томонлари: Тиш ювиш капсуласида сувни ўрнига даволовчи экстракт ишлатилади, капсула кўп камерали яни 30та каналчалардан иборат бўлиб, бу ҳар бир тиш оралиғини қамраб олиб, ҳар бир тишнинг тўрт юзасини ювади. тиш ювиш капсуласидан фойдаланиш осон бўлиб, бу бир марталик жараён бўлиб ҳисобланади, ундан ёш болалар фойдалана олади, ундан тиш ювиш чўткаси сифатида фойдаланиш мумкин, бунда оғиз бўшлиғининг биомухитини меёрда сақлаб, озуқа кислоталарини нейтрализация қилиш мумкин.

Мақсад. Овқатланишдан кейин оғиз бўшлиғида қолиб кетган озуқа кислоталарни нейтраллаш ва тиш юзасини тозалаш, Оғиз бўшлиғи *ph* муҳитини нормаллаштириш, Оғиз бўшлиғи эобиозини тиклаш ва патоген тасирга эга микроорганизмлар сонини камайтириш, тиш ва милклар юзаси органотрофикасини меёрда сақлаб туришдан иборат.

Материаллар ва тадқиқот усуллари. Тиш ювиш капсуласи экстракт таркибини тузиш ва танлаш: касаллик турига, босқичига, бемор ҳолатига, ёшига, ишлатиш мақсадига боғлиқ бўлади. Ампуладаги суюқликларнинг таркибини касалликлар турлари ва уларнинг ҳолатига қараб қуйдаги тартибда тузиш мумкин: стоматит касаллигини даволашда алоҳида экстракт таркиби тузилади. Тиш касалликларини даволашда алоҳида экстракт таркиби тузилади. Оғиз бўшлиғини ювиш ва оғиз бўшлиғи касалликлари профилактикаси учун алоҳида экстракт таркиби тузилади. Тиш капсуласидан 7 ёшдан бошлаб фойдаланиш мумкин. Фойдаланиш тартиби доим овқатдан кейин, оғиз бўшлиғига капсуланинг қапа қисмини киритиб ампула устидаги тугмани бир марта босган ҳолда амалга оширилади. Бунда қападан аэрозол кўринишида экстракт тиш ковакларидан бошлаб бутун оғиз бўшлиғига тарқалади.

Натижа ва хулоса. Ушбу капсуладан жами 24 нафар бемор фойдаланган бўлса, 14 нафари тез-тез стоматит касаллиги билан касалланиб турувчи беморлар бўлса, қолган 10 нафари тиш каресини олдини олиш оғиз бўшлиғи биомухитини нормал ҳолатда сақлаш учун фойдаланадиганлар бўлди. Тез-тез стоматит касаллиги билан касалланадиган беморлар капсуладан фойдаланганларидан кейин охириги 3 ой давомида стоматит касаллиги қайд этилмади. Тиш ва оғиз бўшлиғи касалликлари профилактикаси учун доимий тартибда фойдаланувчилар “Aerodent” авфзал билиб, уларда капсула билан ўзгача муаммолар кузатилмаганлигини айтишди.

Махмудов Ж.К., 2-курс, магистрант

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ОДОНТОГЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Научный руководитель: к.м.н. Рахимов З.К.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.

Узбекистан

Кафедра хирургической стоматологии

Цель. Обоснование инновационного подхода к комплексному лечению острых гнойных воспалительных заболеваний (ОГВЗ) ЧЛЮ.

Материалы и методы. Нами обследовано 55 больных с ОГВЗЧЛЮ, лечившихся в отделении челюстно-лицевой хирургии Бухарского областного многопрофильного медицинского центра. Возраст больных находившихся на стационарном лечении по поводу ОГВЗ ЧЛЮ, был в диапазоне 17-55 лет, из них мужчин - 30, а женщин - 25. При поступлении больных в стационар с целью постановки точного диагноза были произведены основные и вспомогательные методы обследования. Все больные с воспалительными процессами ЧЛЮ после госпитализации получали адекватное комплексное лечение в экстренном порядке.

Хирургическое лечение состояло из удаления причинного зуба, тщательного вскрытия гнойных очагов, по возможности с полным иссечением некротизированных тканей; эффективного дренирования гнойных затёков и раннего закрытия раны с целью создания благоприятных условий для её регенерации.

Больные были разделены на две группы: контрольную и основную. В состав контрольной группы вошло 25 пациентов, лечившихся традиционным способом: хирургическое лечение с последующим парентеральным назначением антибиотика цефазолина (по 1 грамму 3 раза в сутки через каждые 8 часов), витаминотерапии, частых ирригаций полости рта растворами антисептиков. Пациентам основной группы (30 больных) параллельно с вышеописанным традиционным лечением на вторые сутки после хирургического вмешательства был назначен комбинированный антибактериальный препарат широкого спектра действия – амоксицилин и клавулоновая кислота в таблетированной форме (по 1 таблетке каждые 8 часов во время еды).

Результаты. При анализе показателей обследования, у всех пациентов были выявлены местные и общие признаки, характеризующие течение патологического состояния организма. Общая реакция была выражена пропорционально распространению и характеру локального инфекционного процесса. Во всех случаях клиническая картина различных вариантов течения острых одонтогенных воспалительных заболеваний сопровождалась общей воспалительной реакцией и интоксикацией с резким подъёмом температуры, разлитой головной болью, выраженной слабостью, нарушением аппетита и диссомнией, а также воспалительными изменениями крови с наличием лейкоцитоза со сдвигом влево, высокой СОЭ и т.д.

Основными местными симптомами при поступлении больных были признаки гиперемии и отека мягких тканей в зоне воспаления, флюктуация и резкая болезненность окружающих мягких тканей, затруднение пережёвывания пищи, у значительной части пациентов отмечалась воспалительная контрактура полости рта и болезненное глотание.

Проведенные исследования показали, что у 97,5% больных основной группы (30 пациентов) уже к концу первых суток после начала лечения болевой синдром, гноеотделение из раны, гиперемия и отек мягких тканей в зоне воспаления значительно уменьшались. В контрольной группе (25 пациентов), леченных традиционными методами, купирование указанных симптомов у 88,3% больных наблюдалось, в среднем, на $2,3 \pm 1,05$ суток позже, чем в основной группе, причем у 11,7 % больных потребовалось еще на $2,9 \pm 1,3$ суток больше времени для купирования вышеописанных клинических признаков.

Выводы. Таким образом, приемлемый профиль переносимости и значительный опыт использования комбинированного антибактериального препарата широкого спектра действия – амоксицилина и клавулановой кислоты еще сильнее укрепляют его позиции в качестве одного из препаратов выбора для комплексного лечения пациентов с ОГВЗ ЧЛО.

Мухаммадиев А., 3-босқич

**БОЛАЛАР ЁШИДА КАРИЕС ПРОФИЛАКТИКАСИ УЧУН
ЗАМОНАВИЙ “ICON APPROXIMAL” ПЛОМБА АШЁСИНИ
ҚЎЛЛАНИЛИШИ ВА ИММУНОКОРРЕКЦИЯСИ**

Илмий раҳбар: асс. Тўраева Ф.А.

Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти. Ўзбекистон

Болалар стоматологияси кафедраси

Бугунги кунда болалар орасида кариес касаллигининг тарқалиши стоматологик касалликлар кўрсаткичининг 85-90% ташкил қилади. Ушбу касалликни самарали ва замонавий даволаш стоматологлар олдида қўйилган долзарб муаммолардан хисобланади.

Мақсади. Болалар орасида кариес касаллигини даволашда **Icon Approximal**нинг самарали даволаш усуллари қўллаш.

Материал ва усуллар. Бухоро вилояти Болалар стоматология поликлиникасида мурожаат қилган кариес касаллиги билан касалланган 11 ёшдан-14 ёшгача бўлган 32 нафар ўғил ва қиз болаларда касалликни даволаш мақсадида қўлланилган. 11 ёшдан 14 ёшгача бўлган 32 нафар ўғил ва қиз болалар 2 гуруҳга бўлинди. I-гуруҳда - 14 нафар болалар, II-гуруҳда - 18 нафар болалар текширилди.

Натижалар. I-гуруҳдаги 14 нафар ўғил ва қиз болалар доимий тишларда кариоз ковак аниқланди. Асосий ва қўшимча текширув усуллари ёрдамида таҳлиллар ўтказилди. Касалликнинг даволаш мақсадида ноанъанавий стоматологик пломба ашёлардан фойдаланилди. II-гуруҳдаги 18 нафар ўғил ва қиз болалар доимий тишларда кариоз ковак борлиги асосий ва қўшимча усуллар ёрдамида аниқланди. Бемор болаларга **Icon Approximal** пломба ашёсини доғ босқичидаги кариоз ковакка аппликация йўли билан қулай бўлган **Icon Approximal** пломба ашёси тиш қаттиқ тўқималарининг бутунлиги бузилмасдан қаттиқ тўқимага шимдирилиб, беморлар 2-3 қатновда ушбу пломба ашёсининг самарали натижаларни текшириб аниқланди. Иккала

гурухларда текширишлар шуни кўрсатдики, 1-гурухдаги болаларда қўлланилган ноанъанавий пломба ашёлари қўлланганда тиш қаттиқ тўқималарининг бутунлиги бузилиши, болалар жароҳат эмоционал рухий ҳолатига таъсир қилиши, баъзи болаларда қўллаш 2 қатновда олиб борилиши аниқланди. II-гурух 18 нафар ўғил ва қиз болаларда қўлланилган **Icon Approximal** тиш қаттиқ тўқимаси бутунлиги бузилмасдан, рухий эмоционал таъсир қилмасдан ўз таркибида ортофосфор кислотаси сақлаган эмал призмалари микропоралар ҳосил қилади. I-босқичда аппликация қилинади. II-босқичда 5 дақиқадан сўнг яхшилаб ювиб тозаланади ва қуритилади. “**Icon Approximal**” гели орқали аппликацион усулда бошланғич оқ доғ кариес соҳаларига шимдирилади, 15-20 дақиқада ультрабинафша нури ёрдамида қотирилади. Кейинги қатновда тиш қаттиқ тўқимаси табиий ҳолатининг тикланганлиги ва доғ кариес тўлиқ қайта тикланганлиги аниқланди.

Хулоса. **Icon Approximal** гели афзаллиги тиш қаттиқ тўқимасининг чарчланмасдан реминерализациясини ошириш.

Поляшенко А.С., 3-курс, Костюк Н.Г., асс.

РЕСТАВРАЦИЯ ФРОНТАЛЬНОГО ЗУБА НА ФАНТОМЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ СИЛИКОНОВОГО ШАБЛОНА

Научный руководитель: д.м.н., проф. Рябоконт Е.Н.

Харьковский национальный медицинский университет. Украина

Кафедра терапевтической стоматологии

В настоящее время для выполнения реставрации фронтальных зубов применяются различные техники. Некоторые из них сложны и затратны по времени, требуют длительного обучения и определённого опыта работы. Высокие требования к эстетике восстановления фронтальных зубов диктует необходимость выбора наиболее оптимального метода. Нами был выбран метод реставрации фронтального зуба при помощи силиконового шаблона (ключа). Ключ позволяет врачу полностью сосредоточиться на укладке композитных слоев, так как оба сагиттальных размера уже хорошо обозначены: длина и местоположение режущего края планируемой реставрации, а также медиальные и дистальные углы и толщина режущего края. Применение силиконового ключа показано при восстановлении сколов зубов после перенесенных травм, восстановлении неглубоких дефектов, замене старых пломб и т.д. Моделирование зубов происходит прямым (Mock-up) и непрямым (Wax-up) способом. Техника Wax-up применяется для создания восковой модели на гипсовой основе с обязательным контролем точности прикуса. На основании данного метода создается силиконовый ключ с точным отображением небной плоскости.

Цель. Освоение на фантоме техники реставрации фронтального зуба с применением силиконового шаблона и выявление её преимуществ.

Материалы и методы. В своей работе для создания силиконового шаблона мы использовали материал Consiflex фирмы Latus (Украина,

г.Харьков) тип 1 и тип 3, представляющий собой мягкую пластичную силиконовую композицию, которая вулканизируется реакцией поликонденсации (С-силикон). Реставрация дефекта режущего края переднего зуба проводилась светоотверждаемыми микрогибридными композитами Latelux (ОА2, А2, In) и Latelux flow (А2) фирмы Latus (Украина, г.Харьков). Исходная ситуация: на фантоме искусственно создан дефект режущего края коронки 12 зуба (фото1). Были получены диагностические оттиски. С помощью техники Wax-up (воспроизведение на модели формы зубов с помощью воска) была смоделирована утраченная часть коронки зуба. Затем из материала Consiflex изготовлен силиконовый ключ, позволяющий воспроизвести небную поверхность зубов в соответствии с окклюзией (фото 2). Границы шаблона зависят от зубов, которые нуждаются в восстановлении. Для гарантированной стабильности во время проведения процедур ключ должен опираться на окклюзионные поверхности зубов, не задействованных в лечении. В нашем случае ключ перекрывает медиальные и латеральные резцы и клыки. Время отверждения материала 6 минут.



Фото 2.

После затвердевания силиконовой матрицы отделяем ее от гипсовой модели и обрабатываем шаблон скальпелем. При этом избегали срезать изгиб режущего края. Силиконовый шаблон помещаем в полость рта. В нашем случае это фантом. Затем провели травление, нанесение адгезива на поверхность зуба, к которой будет крепиться реставрация. Первый слой создали светоотверждаемым текучим композитом Latelux flow эмалевого оттенка А2. Восстановили форму небной поверхности, медиальных и дистальных углов, режущий край (In). Таким образом, небный шаблон создал основу для нанесения последующих слоев композитного материала (фото 3).



Фото 3.



Фото 4.

На сформированную небную поверхность слоями укладываем дентинный оттенок (ОА2), восстанавливая структуру зуба последовательно от оральной поверхности к вестибулярной. Формируем мамелоны (фото 4). Завершаем реставрацию нанесением эмалевого оттенка (А2). Выполняем финишную обработку, полирование. Окончательный вид реставрации (фото 5) .



Фото 1.



Фото 5.

Результаты и выводы. В ходе проделанной нами работы освоили на фантоме технику реставрации фронтального зуба с применением силиконового шаблона и при этом убедились в её преимуществах. Данный метод даёт возможность получить оптимальный рельеф небной поверхности, абсолютную

симметрию контура режущего края резцов и клыков, возможность контроля толщины укладываемых слоев композиционного материала. При этом существенно экономится время проведения реставрации и её корректировки. Метод может быть рекомендован для овладения студентами, молодыми специалистами и широко применяться на практике в стоматологии.

Сайдиллаев Ш.В., 3-курс

СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Научный руководитель: к.м.н., доц. Идиев Г.Э.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.
Узбекистан.

Кафедра ортопедической стоматологии

Сахарный диабет широко распространена во всем мире. В 2012г в мире насчитывалось по разным данным, от 347 до 371 миллион больных, что составляет 7% от населения. К 2030 году по данным ВОЗ ожидается 552 миллион больных сахарным диабетом т.е. 9.9% взрослого населения планеты.

Цель. Изучить состояние органов полости рта у больных сахарным диабетом 2 типа, повысить активность стоматологов выявления сахарного диабета на ранних стадиях болезни учитывая взаимосвязь с заболеваниями пародонта и сохранения жевательного аппарата.

Новизна исследования: В городе Бухара впервые проведены эпидемиологические исследования органов полости рта у больных сахарным диабетом и необходимо определить уровень настороженностью и взаимодействия врачей стоматологов с эндокринологами при лечении данной патологии.

Материалы и методы. Эпидемиологические исследования проведены на базе Областной эндокринологической больницы и в поликлиническом отделении стоматологического центра БГМИ и областной стоматологической поликлиники №1. Всего обследовано 76 пациентов. По рекомендации ВОЗ проводили обследования в группах 35-44 года (45,8%), 45-64 год (22,7%), 65-74 год (31,5%). Обследование проводилось по методике ВОЗ у всех осмотренных определялось распространенность и интенсивность кариеса по индексу КПУ.

Для оценки гигиенического состояния полости рта применяли индекс Грин-Вермильона. На кафедре разработана анкета для определения уровня осведомленности о необходимых мероприятиях для профилактики стоматологических заболеваний определения первых симптомов нарушения общего состояния больных сахарным диабетом, а так же опрошены врачи стоматологи: пародонтологи и ортопеды о связи сахарного диабета и стоматологической патологии и диагностических признаках и факторов риска сахарного диабета.

Результаты. При исследовании анкетирования выявили что первые клинические симптомы, также как хроническая усталость, отметили 34,5%,

сухость в полости рта - 16% и проявление кожного зуда так же у 16% обследованных. Неприятный запах изо рта встречаются в 25%, у 8,5%, наблюдались боли в ВНЧС. К сожалению, активность стоматологов в выявлении СД 2 типа у пациентов находится на невысоком уровне. По данным проведенного нами опроса 50 врачей стоматологов г.Бухары, было установлено что каждый четвертый (24%) спрашивали о наличии эндокринных заболеваний у всех пациентов, 30%- только у пациентов с заболеваниями тканей пародонта, 16% врачей сообщили, что таких вопросов пациентам не задавали. При выборе конструкции протеза врачи-ортопеды только в 2-3% случаях привлекали на консультации врачей пародонтологов. В тоже время врач стоматолог может установить диагноз СД, так как пациент плохо знает патологию рта и СД.

Следует отметить, что наличие ортопедических конструкций отмечено у 65%. Сроки использования ортопедическими конструкциями более 5 лет наблюдается у 57,6%. Больные сахарным диабетом посещают врача стоматолога пародонтолога 23% в тоже время только в 2% случаев с симптомами ксеростомии назначают ополаскивание.

Согласно данным анкетирования выявлено, у пациентов уровень гигиенических навыков неудовлетворительный, питание не сбалансировано, режим питания нарушен.

Санитарно-просветительская работа находится на низком уровне и не проводится достаточно стоматологами и врачами других специалистов, а так же среднем медицинским персоналом. Информированность о гигиенических навыков полости рта среди обследованных составляет 65%.

Полученные результаты исследования свидетельствуют о недостаточной информированности о гигиенических навыках полости рта поэтому назрела необходимость улучшения санитарно-просветительской работы в вопросах гигиены полости рта у больных СД. Патогенность зубного налета обусловлена его локализацией наличием огромного количества микроорганизмов и одновременно способствует улучшению воспалительной реакции в тканях пародонта. Лечение пародонтита уменьшает бактериальные воздействия и способствует уменьшению количества глюкозы в крови у пациентов страдающих диабетом.

Необходимо повысить роль врачей-стоматологов в раннее выявление СД 2 типа и повысить взаимодействие стоматолога и эндокринолога. Необходимо внедрить в стоматологической практике апробированный метод ранней диагностики СД, определение уровня глюкозы крови из десенной борозды с помощью портативного глюкометра. Врачам стоматологам эндокринологам необходимо широко внедрять при ксеростомии комбинацию ополаскивателей в одном препарате противовоспалительного, обезболивающего и освежающего действия (Асенла, Диадем Актив листерин, бальзам для десен и др.).

Выводы. От состояния зубов во многом зависит внешняя вина человека, поэтому многих пациентов имеющих дефект зубного ряда, волнует эстетика. Самый большой объем работы по эстетической стоматологии проводят стоматологи ортопеды, которые работают как самостоятельно и вместе со

стоматологами других специальностей. Для восстановления целостности зубных рядов у больных сахарным диабетом необходимо при выполнении стоматологического лечения проводить обязательный контроль уровня глюкозы в крови. Врач должен напомнить, что при повышенном уровне сахара в крови желательно отложить стоматологическое лечение до фазы компенсации. Устранения дефекта зубного ряда ведет к улучшению не только здоровья, но и внешнего вида пациента.

12-СЕКЦИЯ. РЕГИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОХРАНЫ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ И ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Вольф А.В., 3-курс, Рсалина Д.А., 3-курс

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭТИЛОВОГО (РЕКТИФИКОВАННОГО) СПИРТА ПРИ ОБРАБОТКЕ КЛАВИАТУР И МЫШЕК КОМПЬЮТЕРОВ

Научный руководитель: Филатова Л.Г.

НАО «Медицинский университет Караганды». Казахстан

Кафедра микробиологии

Высокая степень микробного обсеменения патогенами мобильных телефонов, клавиатур и мышек компьютеров студентами-пользователями медицинских вузов служит фактором передачи инфектов, в том числе и нозокомиальных.

Цель. Изучение общего микробного обсеменения и влияние использования этилового спирта при обработке клавиатур и мышек компьютеров компьютерного класса КГМУ.

Материалы и методы. Исследование проведено в течении дня: в утреннее и вечернее время, исследовано 43 компьютера (клавиатура и мышка). Забор материала осуществляли методом смывов (стерильным ватным тампоном с 5 мл стерильной 1% пептонной воды) с дальнейшим использованием питательных сред: ЖСА, Эндо, кровяной агар, Сабуро. Для идентификации использовался масс-спектрометр “Maldi” серии “Flex” от компании “Bruker”. В соответствии с приложением по приказу №16 от 16.03.2001г. г.Астана «Нормы расхода этилового спирта на проведение исследования и технических операций в лаборатории СЭС», обработка мышек компьютеров проводится 1 раз в 10 дней этиловым (ректификованным) спиртом ГОСТ-5962-67. Для выполнения поставленной задачи был использован спирт этиловый (э.с.) ГОСТ-5962-67, высшей степени очистки (96.6°).

Результаты. По результатам исследований выделено 48 штаммов микроорганизмов, видовой состав которых был представлен: *S. aureus* (10%), *E. coli* (9%), *S. epidermidis* (61%), *S. heamoliticus* (4%), *S. hominis* (8%), *P. agglomerans* (4%), *B. Pumilis* (2%), *A. Liwoffii* (2%). При исследовании общего микробного числа (ОМЧ) клавиатур и мышек компьютеров в утреннее время выделено 25 штаммов микроорганизма, из них: *E.coli* (8%), *S. Epidermidis* (68%), *S. hominis* (16%), *S. Heamoliticus* (4%), *B. Pumilis* (4%). Из выделенных чистых культур микроорганизмов 28% находилось в микробных ассоциациях, 72% были монокультурами.

При исследовании ОМЧ клавиатур и мышек компьютеров в вечернее время выделено 23 штаммов микроорганизма, из них: *S. aureus* (24%), *E. coli* (10%), *S. Epidermidis* (55%), *S. Heamoliticus* (4%), *B. Subtilis* (4%), *P. agglomerans* (3%). Из выделенных чистых культур микроорганизмов 17% находилось в микробных ассоциациях, 83% были монокультурами.

Стерильными ватными тампонами, смоченными э.с., была произведена обработка клавиатур и мышек компьютеров 2 раза: после первичной обработки, через 1 минуту (после полного испарения спирта) был произведен забор материала методом смывов, а затем была произведена повторная обработка. После однократной обработки э.с. качественный и количественный состав выделенной патогенной микрофлоры практически не изменился и был представлен: *S.aureus* (24%), *E.coli* (10%), незначительно уменьшился количественный состав условно-патогенной микрофлоры: *S. Epidermidis* (40%), *S. Neamoliticus* (3%), *B. Subtilis* (2%). Таким образом, одноразовая обработка не освобождает поверхности мышек и клавиатур компьютеров от микробов – патогенов и УПМ.

После повторной обработки поверхности мышек и клавиатур компьютеров результаты представлены следующим образом: качественный и количественный состав патогенных и УПМ уменьшился вплоть до полного уничтожения некоторых микроорганизмов: *S. aureus* (11%), *E.coli* (8%), *S. Epidermidis* (15%), *B. Subtilis* (0%). Одновременно с проведением исследований у 30 студентов 2 курса факультета Общая медицина был произведен опрос путем анонимного анкетирования, где было установлено, что у 67.2% анкетированных имелись проблемы с кожей, среди которых: сухость кожи, ломкость и слоистость ногтей, наличие заусениц, дерматит и гнойничковые заболевания кожи. 82% анкетированных носят ювелирные украшения, имеют длинные ногти (наращенные)- все, что способствует микробной контаминации кожи рук. На вопрос: как часто студенты моют руки находясь в учебных корпусах КГМУ, ответы распределились следующим образом: один раз – 20%, два раза и более – 38%, ни разу – 42%.

По результатам проведенного исследования можно сделать заключение о высоком бактериальном загрязнении клавиатур и мышек компьютеров микробами – патогенами: *S.aureus* и *E.coli*, а также УПМ: *S. Epidermidis*, *S. Neamoliticus*, *B. Subtilis*.

Микробный пейзаж к концу рабочего дня увеличивался, что можно объяснить большим количеством пользователей компьютерами в течении дня (нагрузка на один компьютер в компьютерном классе в среднем составляет 15-20 человек). Однократная обработка клавиатур и мышек компьютеров не уменьшила их бактериальную обсемененность, и только повторная обработка привела к уменьшению микробов - патогенов и УПМ.

Выводы. Таким образом, необходимо у студентов постоянно формировать антисептические навыки на всех стадиях обучения и постоянно поддерживать их в процессе работы, то есть проводить гигиеническую обработку рук после каждого контакта с загрязненными поверхностями и оборудованием и в том числе после работы за компьютером.

Васильев А.А., 5-курс, Исламгулова А.Н., 5-курс, Кузнецова М.А., 5-курс
**ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ СФОРМИРОВАННОСТИ
СУИЦИДАЛЬНЫХ НАМЕРЕНИЙ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ
г. ОРЕНБУРГ**

Научный руководитель: к.м.н. Ефимова С.В.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская
Федерация

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения №1

Самоубийство - это важное медико-социальное явление. На численность населения России, хотя и в незначительной степени, влияет процент самоубийств, а среди причин смерти, по данным ВОЗ, суицид занимает 4 место в мире. По официальным данным количество самоубийств с 2019 года в России составляет около 2000 человек, из которых более трети - дети и подростки.

В структуре смертности населения в Российской Федерации значимое место занимают случаи суицида, которые составляют 1% от всех смертей на территории страны.

По критериям ВОЗ, частота самоубийств свыше 20,0 на 100000 населения в год считается критической. Частота суицида в России в 2018 году снизилась до оптимистических цифр – 12,2. Однако отдельные регионы страны, например Челябинская область, Республика Башкортостан и Оренбургская область находятся за критической отметкой по показателям смертности по причине суицида.

В Оренбургской области в 2018 году частота самоубийств составила 25,9 на 100000 населения, при этом большинство случаев приходится на трудоспособное население молодого возраста 16 – 30 лет[4].

Цель исследования: выявление уровня сформированности суицидальных намерений среди учащихся Оренбургского государственного медицинского университета, а так же определить общее мнение студенческой молодежи о причинах суицида.

Для решения объявленных задач был взят опросник суицидального риска Шмелева в модификации Т.Н. Разуваевой.

Оценка проводилась по следующим шкалам: демонстративность, аффективность, уникальность, несостоятельность, социальный пессимизм, слом культурных барьеров, максимализм, временная перспектива, антисуицидальный фактор – со средним максимальным значением = 6,5.[1]

В исследовании принимали участие 185 студентов ОрГМУ (100 – мужского пола и 85- женского пола), в период с 08.04.19 по 16.04.19. Из них в возрасте 17-19 лет– 34чел., 20-22 лет- 74чел., 23-25 лет –49чел., 26-28 лет – 28чел.

Таблица 1

Результаты применения опросника суицидального риска среди студентов
ОрГМУ

Шкалы Возрастные группы

	17-19 лет	20-22 лет	23-25 лет	26-28 лет
Демонстративность	М 1,40±1,1	М 1,64±1,6	М 1,37±1,4	М 0,9±1,0
	Ж 2,33±1,2	Ж 2,03±1,8	Ж 1,43±1,4	Ж 0,8±0,6
Аффективность	М 2,02±1,3	М 2,89±1,9	М 2,32±1,7	М 1,37±0,9
	Ж 4,47±1,7	Ж 3,42±1,9	Ж 2,78±1,8	Ж 2,2±0,9
Уникальность	М 0,80±1,3	М 1,89±1,7	М 1,29±1,1	М 0,6±0,6
	Ж 2,78±1,0	Ж 1,9±1,9	Ж 1,26±1,4	Ж 1,2±1
Несостоятельность	М 2,75±2,0	М 1,89±2,2	М 1,98±2,0	М 0,75±0,7
	Ж 2,72±1,7	Ж 2,58±2,4	Ж 1,26±1,7	Ж 1,5±2,1
Социальный пессимизм	М 2,83±1,1	М 3,21±1,5	М 2,61±1,6	М 1,5±1,1
	Ж 3,50±1,3	Ж 3,27±1,3	Ж 2,86±1,2	Ж 2,33±0,5
Слом культурных барьеров	М 1,53±1,1	М 2,42±1,7	М 1,97±1,3	М 1,72±1,0
	Ж 2,30±2,0	Ж 2,04±1,3	Ж 1,86±1,2	Ж 1,53±1,1
Максимализм	М 3,20±2,6	М 1,85±2,4	М 1,83±1,8	М 1,6±1,3
	Ж 2,60±2,3	Ж 1,95±2,2	Ж 2,29±2,0	Ж 1,06±1,5
Временная перспектива	М 1,47±1,0	М 1,39±1,7	М 1,69±1,8	М 0,55±0,7
	Ж 2,00±1,1	Ж 1,99±1,5	Ж 0,84±0,8	Ж 0,36±0,5
Антисуицидальный фактор	М 4,80±1,6	М 5,22±2,1	М 4,34±2,3	М 6,4±0
	Ж 5,00±1,6	Ж 5,15±1,6	Ж 5,18±1,6	Ж 3,2±2,9

Сравнительный анализ показателей суицидального риска среди молодежи в возрасте 17-28 лет показал следующие особенности: среди исследуемых возраста 17-19 лет наиболее выражены показатели аффективности (доминирование эмоций над интеллектуальным контролем), несостоятельности (представление о своей некомпетентности, ненужности, «выключенности» из мира), максимализма (инфантилизм ценностных установок и аффективная фиксация на неудачах) и антисуицидального фактора. В возрастной группе 20-25 лет наиболее выраженными являются аффективность, социальный пессимизм (восприятие мира как враждебного, не соответствующего представлениям о нормальных или удовлетворительных для человека отношениях с окружающими) и антисуицидальный фактор. Контингент студентов 26-28 лет отличается более низкими и стабильными коэффициентами с сохранением высоких значений антисуицидального фактора.

В целом, в ходе исследования было выявлено, наибольшая выраженность среди молодежи антисуицидального фактора, это свидетельствует о том, что у студентов сформировано чувство долга и ответственности за близких, а также представление о греховности самоубийства и его антиэстетичности.

Одновременно был проведен опрос о наиболее вероятных причинах суицида по мнению студентов, и выявлены следующие результаты. Лидируют чувство изоляции и дефицит социальной поддержки (34,4%), психические расстройства (28,2%). Межличностные конфликты, утрата близкого человека, а также нездоровый характер отношений, которые являются поводом для психологического стресса, и могут стать причиной суицида по мнению 22,3%

опрошенных. Из опрошенных 9,1% предполагают, что финансовая неопределенность повышает риск самоубийства. Наименее вероятными причинами самоубийств анкетированные считают жестокое обращение (3%) и дискриминацию личности (3%).

На основе всех имеющихся данных можно сделать следующие выводы: наиболее уязвимым контингентом являются студенты в возрасте 20-22 лет, которые, в виду своей психологической незрелости, становятся более подверженными стрессу в процессе адаптации к взрослой жизни. Причем среди девушек общий уровень суицидального настроения выше почти в 2 раза, вследствие врожденной ранимости и высокой чувствительности девушек к внешним раздражителям.

Основными причинами, приводящими к суициду, считаются чувство изоляции и дефицит социальной поддержки, а также психические расстройства.

Для предотвращения суицида могут использоваться как глобальные стратегии защиты здоровья населения, так и адресное вмешательство по отношению к наиболее уязвимым группам населения.

Список литературы

1. Банников Г.С., Вихристюк О.В., Миллер Л.В., Сеницына Т.Ю. Методические рекомендации (памятка) психологам образовательных учреждений по выявлению и предупреждению суицидального поведения среди несовершеннолетних. /М.: ГБОУ ВПО МГППУ, 2013. – 40 с.
2. Предотвращение самоубийств. Глобальный императив./ Доклад ВОЗ. 2014, - 102 с.
3. Руженков В.А., Руженкова В.В., Концепции суицидального поведения / Белгород, Россия, 2012, - 7 с.
4. Статистический ежегодник Оренбургской области / Оренбургстат, 2018, - 532 с.
5. Интернет источник: База данных ФСГС РФ/ доступ:<http://www.gks.ru/>

Григорьева К.Н., 1-курс

ШУМОВОЕ ЗАГРЯЗНЕНИЕ КАК АНТРОПОГЕННЫЙ ФАКТОР ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ

Научный руководитель: ст. преп-ль, к.п.н. Пономарева Е.А.
Оренбургский государственный медицинский университет. Российская
Федерация
Кафедра биофизики и математики

Актуальность работы обусловлена необходимостью решения проблем с влиянием избыточного уровня шума на живые организмы. В исследованиях многих ученых, в том числе В.Л. Вершинина говорится о том, что повышенный уровень шума вызывает нарушения сна, депрессии, снижение концентрации внимания, вызывает утомляемость, ухудшение памяти, эмоциональную неустойчивость.

Цель. Установить негативное влияние избыточного уровня шума на живые организмы.

Материалы и методы. В работе мы использовали такие методы как: анализ литературы по данной проблеме, организовали проведение экспериментальной проверки поставленной цели. Выявили пагубное влияние шумового загрязнения на живые организмы (на примере личинок мух и репчатого лука). А так же установили корреляционную зависимость между уровнем шума и проявлениями симптомов шумовой болезни.

Результаты. Длительный шум высоких тонов приводит к угнетению, а нередко и к гибели животных организмов. Учеными-биофизиками было установлено, что у животных изменяется физиологическое состояние под воздействием шума, которое протекает в три фазы: угнетение, возбуждение, и снова - подавленное состояние, но уже более глубокое и продолжительное. Например, крысы перестают размножаться и съедают свой молодняк, у них изменяется артериальное давление и даже наступает паралич. Эти данные мы решили проверить на личинках комнатной мухи (*Musca domestica*). Мы подвергали личинки шумовому воздействию громкой музыкой (около 74-81dB) на протяжении 25-30 минут, после воздействия наблюдалось угнетение личинок, а вскоре резкое возбуждение, которое сменилось сильной заторможенностью и вследствие гибели большей части личинок.

Репчатый лук является универсальным биоиндикатором, поэтому мы использовали его в исследовании. В ходе эксперимента разделили рассаду на две части. Первую часть подвергали воздействию громкой музыки (около 74-81dB) в течение 5 часов ежедневно на протяжении 10 дней, вторую группу не подвергали воздействию агрессивной среды. Итогом наших наблюдений явился факт того, что рассада, которая подвергалась воздействию шумового загрязнения, заметно отставала в росте и была ослабленной. Другая рассада взошла хорошо и не отставала в развитии.

Так же в ходе исследования мы анализировали шумовую обстановку на территории корпусов ОрГМУ и выявили, что самая благоприятная шумовая обстановка на территории 1 корпуса. Это обусловлено расположением корпуса рядом с пешеходной набережной, где отсутствует автодорога. 2 и 3 корпуса расположены непосредственно вдоль автодороги, где интенсивное движение автомобилей, следовательно, шумовое загрязнение природной среды происходит именно дорожно-транспортным комплексом, и приходится на то время, когда студенты находятся в корпусах на учебных занятиях.

Нами были собраны статистические данные среди студентов 1 курса, которые позволили сделать выводы о том, что многие студенты способствуют пагубному влиянию шумового загрязнения на свои организмы, долго и громко слушая музыку, включая её во время выполнения домашнего задания, что снижает концентрацию внимания, так же они прибавляют громкость музыки в транспорте. После прослушивания громкой музыки появляется головная боль, локализованная в височной и затылочной областях. Так же был отмечен факт, что большинство студентов чувствуют себя наиболее комфортно именно в 3

корпусе, хотя уровни шума на территории достигают 96 dB. Мы предполагаем, что это связано с большим количеством древесных насаждений на территории корпуса, что является естественным барьером, а так же стоит отметить наличие высококачественных пластиковых окон с шумоизоляцией.

Выводы. Подставив полученные суммы в формулу коэффициента корреляции, рассчитали его значение, получили $R=0,87$, что свидетельствует и сильной корреляционной зависимости между уровнем шума и проявлениями симптомов шумовой болезни. Проведя статистическую обработку результатов, мы увидели, что наблюдается корреляционная зависимость между уровнем шума и проявлениями признаков шумовой болезни. Таким образом, можно сделать вывод о том, что чем выше уровень шума в окружающем нас пространстве, тем сильнее и негативнее влияние шума на живые организмы.

Михайлова Н.К., 2-курс, Кольчугина Г.Ф., 3-курс аспирант

ГЕНОТОКСИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕКИ УРАЛ В РАЙОНЕ г.НОВОТРОИЦК ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

Научный руководитель: д.б.н., проф. Соловых Г.Н.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская
Федерация
Кафедра биологии

При характеристике генотоксической ситуации в определенном экотопе полная картина может быть получена при изучении мутагенного и митотоксического действия фактора, на основании чего определяются причины нарушения митотического цикла. Совместное использование данных показателей поможет наиболее полно охарактеризовать количество и спектр разных генотоксикантов, способных не только приводить к патологиям в различных генетических процессах, но и нарушать целостность наследственного аппарата.

Изучение генотоксической активности водной среды проводилась в районе влияния промышленного центра Оренбургской области – г.Новотроицка. Точки отбора проб находились на 6 км ниже города, вблизи с. Хабарное и на 3 км выше города в селе Ущелье. Причинами загрязнения поверхностных вод реки Урал, а, следовательно, донных отложений могут быть сточные воды населенных пунктов, загрязнения поверхностного стока с водосборной территории, изменений условий формирования стока в результате образования на водосборе техногенно-нарушенных территорий [1]. Основными загрязнителями реки Урал в районе г. Новотроицк являются ООО «Управление коммунального хозяйства» Новотроицка [2], АО «Новотроицкий завод хромовых соединений», деятельность которого связана с изготовлением и выпуском продукции, приводящим к образованию и накоплению высокотоксичных отходов. Эти отходы хранятся в шламохранилище неподалёку от завода, которое представляет собой «мёртвое озеро». По сообщению министерства природных ресурсов и экологии РФ в

шламонакопителе без соответствующих разрешений вместе с отходами производства основного продукта - монохромата натрия (II класс опасности) складываются все твердые производственные отходы предприятия. Через подземные воды вредные вещества поступают в реку Урал.

Оценка митотоксической активности донных отложений р. Урал проводилась с помощью анализа митотических [3] и фазных индексов [4] в меристематической ткани проростков корешков Al. сера. Мутагенная активность анализировалась по частоте хромосомных aberrаций, увеличение которой характеризовало присутствие в донных отложениях промутагенов, приобретающих МА в процессе метаболизма в организме [5].

Генотоксическая ситуация в исследованных экотопах, относительно близко расположенных, но подвергающихся разному антропогенному влиянию, существенно различается. Прямо противоположный митотоксический эффект, вызванный водной вытяжкой донных отложений при воздействии на корешки Al. сера, свидетельствовал о присутствии поллютантов разного механизма и направления действия. Так, в районе ниже г. Новотроицк был зарегистрирован сильный митозугнетающий эффект (14,67 баллов), т.к. величина митотического индекса при делении клеток меристематической ткани лука составила $14,98 \pm 0,59\%*$ ($p \leq 0,05$) (при контроле $19,40 \pm 0,22\%$). Анализ фазных индексов показал бифазную задержку митоза (на стадии метафазы и анафазы) при одновременном ускорении профазы (табл.1). Это свидетельствует о присутствии в донных отложениях веществ, повреждающих митотический аппарат или кинетохор, что приводит к изменению подвижности хромосом и задержке цитокинеза [6]. В квартале Ущелье (выше г.Новотроицк) был зафиксирован средний митозстимулирующий эффект (5,33 балла). Значение митотического индекса по сравнению с контролем увеличилось и составило $21,03 \pm 0,58\%*$ (при $p \leq 0,05$). При действии водной вытяжки на корешки Al. сера наблюдалось достоверное замедление профазы и ускорение ана-телофазы. Вероятно, в грунтах аккумулировались митотоксиканты, вызывающие повреждение хромосом или нарушение процесса репликации ДНК. При этом количество клеток, вступающих в последующие фазы митоза, уменьшилось, что привело к снижению ана-телофазного индексов (табл. 1).

Таблица 1. Значения митотических и фазных индексов в меристеме Al. сера при воздействии проб водной вытяжки донных отложений реки Урал, отобранных в районе ниже г. Новотроицк и в с.Ущелье (выше города)

Название станции	МИ, % митотический индекс	ПИ, % профазный индекс	МИ,% метафазный индекс	А-ТИ, % ана-телофазный индекс
Контроль	$19,40 \pm 0,22$	$55,05 \pm 1,34$	$19,49 \pm 0,48$	$25,46 \pm 1,43$
Точка отбора ДО ниже г. Новотроицка	$14,98 \pm 0,59*$	$46,56 \pm 1,16*$	$23,36 \pm 0,95*$	$30,08 \pm 1,69*$
С. Ущелье,	$21,03 \pm 0,58*$	$59,33 \pm 1,27*$	$19,27 \pm 0,55$	$21,39 \pm 1,38*$

выше г. Новотроицка				
------------------------	--	--	--	--

Примечание: * - различие между контролем и опытом достоверно при $p < 0,05$

** - различие между контролем и опытом достоверно при $p < 0,01$

При исследовании генотоксического потенциала донных отложений р. Урал с помощью ана-телофазного метода была подсчитана доля мутаций определенного типа (фрагменты, мосты и отставания) от общего числа всех мутаций, регистрируемых в ана-телофазе. Проводилось сравнение спектра спонтанных мутаций (контрольный вариант, дистиллированная вода) и спектра мутаций, индуцированных водной вытяжкой донных отложений [7]. Анализ типов мутаций позволяет делать заключение о характере действия фактора. Так, появление фрагментов и мостов свидетельствует о том, что фактор способен вызывать разрывы в ДНК, приводящие к нерасцепленным транслокациям и делециям. Отставание хромосом в метакинезе и при расхождении к полюсам возникает при повреждении хромосомы в области кинетохора [8]. Водная вытяжка донных отложений, отобранных ниже г. Новотроицк вызвала преимущественно мутации типа «отставания», что свидетельствует об аккумуляции в грунтах веществ, повреждающих кинетохор и митотический аппарат. Данный факт подтверждает результаты, описанные выше относительно увеличения метафазного и ана-телофазного индекса по сравнению с контролем (см. выше).

Водная вытяжка донных отложений, отобранных выше г. Новотроицк, вызвала увеличение частоты мутаций типа «фрагмент». Вероятно вещества, индуцирующие разрывы хромосом и замедление митоза на стадии профазы (см. выше: достоверное увеличение профазного индекса относительно контроля) действительно аккумулярованы в грунтах р. Урал в данном экотопе.

Список литературы

1. Куксанов, В.Ф. К вопросу Российско-Казахстанского сотрудничества по бассейну реки Урал / В.Ф. Куксанов, Е.В. Куксанова, О.С. Ишанова // Вестник Оренбургского государственного университета. – 2015. - №6 (181). – С. 99-105
2. Проблема очистки сточных вод системы ЖКХ в Оренбургском регионе / Ермохин А.Ф., Шабанова С.В., Куксанов В.Ф., Василевская С.П., Сагитов Р.Ф. // Известия оренбургского государственного аграрного университета. – 2016. – №4(60). – С. 201 – 203
3. Ковалева, М.И. Пространственная и временная динамика генотоксической активности воды и донных отложений Верхней Волги на территории Ярославской области: автореф. дис. ...канд. биол. наук / М.И. Ковалева. – Ярославль, 2002. – 24с
4. Фомичева, А.Н. Пространственно-временная динамика генотоксической активности воды малой реки в условиях многофакторной антропогенной нагрузки: на примере р. Которосль: автореф. дис. ... канд. биол. наук / А.Н. Фомичева. – Астрахань, 2004. – 166с.

5. Пространственная и временная динамика мутагенной активности воды оз. Неро / И.М. Прохорова [и др.] // Биология внутренних вод, приложение. – 2008. - № 2. – С. 17-23
6. Алов, И.А. Цитофизиология и патология митоза / И.А. Алов. – М.: Медицина. – 1972. – 264с.
7. Кольчугина, Г.Ф. Пространственная и временная динамика генотоксической активности воды и донных отложений малых рек Блява и Кураганка Оренбургской области: дис. ... канд. биол. наук / Г.Ф. Кольчугина. – Оренбург, 2013. – 237 с.
8. Алов; Сень, Л.А. Влияние некоторых химических мутагенов на частоту хромосомных и генных мутаций: автореф. дис. ... канд. биол. наук. - Минск, 1974. - 23с

Пикина А.Ю., 2-курс

ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ В ПЕРИОД ПЕРВОЙ ЭПИДЕМИИ ХОЛЕРЫ В ОРЕНБУРГСКОМ КРАЕ (1829-1832 гг.)

Научный руководитель: к.м.н., доц. Ляшенко И.Э.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская Федерация

Кафедра микробиологии, вирусологии, иммунологии

Цель настоящей работы состоит в изучении противоэпидемических мероприятий, которые проводились в Оренбургском крае в период первой эпидемии холеры (1829-1832 гг.) с привлечением архивных материалов.

События более чем двухвековой давности не утратили своего значения до настоящего времени, так как периодически вспыхивают эпидемии холеры в различных уголках земного шара. По сообщениям Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, на сегодняшний день отмечено ухудшение эпидемиологической ситуации по холере в мире. В 2016 году холера зарегистрирована в 18-ти странах мира, число заболевших составляет свыше 54 тысяч человек. Наиболее сложная обстановка по холере отмечается на Гаити, где с начала года отмечено более 25 тысяч заболевших, в Танзании (13 тыс.) и Демократической Республике Конго (11 тыс.). В текущем году отмечено осложнение эпидемиологической ситуации по холере в Украине, где в г.Мелитополе зарегистрирован случай заболевания у ребенка. В 2011 году в г.Мариуполе число заболевших холерой превысило 30 человек.

Эпидемия холеры в Оренбурге 1829-1833 гг. была первой на территории России. Оренбург, основанный в 1743г. как форпост России на азиатском направлении, выполнял важную роль в торговых отношениях со странами Азии и Востока. Через Меновой двор проходили множество караванов с товарами из Бухары, Хивы, Коканда, Афганистана и Индии. Вместе с ожидаемыми грузами через границу проникали такие опасные инфекционные заболевания, как холера, оспа, трахома, тифы, и др. Буквально во всех караванах, которые в 1829

г. прибывали в Оренбургскую губернию, были больные холерой. Следует отдать должное Оренбургской администрации, которая, не имея специальных указаний о борьбе с холерой, предприняла карантинные меры к прибывающим караванам, как единственное средство отгородиться от «повальной болезни». К сожалению, эти меры не дали положительных результатов и 21 сентября 1829 г. Совет врачей Оренбургского края официально объявил об эпидемии холеры, которая очень быстро распространялась по территории Оренбуржья. 1 октября – поселок Бердский (7 верст к северу от Оренбурга), 2 октября – Сеитовский посад (Каргала), 3 октября – Илекская защита (65 верст к югу от Оренбурга). Из Отношения гражданского губернатора следует, что к 30 сентября заболело 132 человека, из них 22 умерли. Всего за период эпидемии в Оренбурге заболело 747 человек, из них умерло 130. 214 больных лечились в госпиталях, 533 – на дому. В различных источниках цифры заболевших и умерших различны, тем не менее, они достаточно высоки.

Диагноз холеры невозможно было поставить только на основании поступающих сведений и слухов, поэтому врачам Оренбургской губернии необходимо было проявлять высокое умение, чтобы определить инфекционное заболевание. Работая в тяжелых условиях эпидемии, врачи не только оказывали помощь больным, но и искали причины появления и распространения болезни. До настоящего времени в архивах хранятся отчеты врачей, в которых содержатся умозаключения об эпидемиологии холеры. Это часто дискуссионные мнения: инфекционна холера или нет, проистекает ли она от изменения атмосферы, погодных условий – смены жары холодом и влажностью, плохого питания или связана с испарениями воды и почвы, так называемыми миазмами. После того, как врачи не смогли прийти к единому мнению об инвазивности холеры, они поддержали необходимость карантинных мероприятий. В Оренбурге и пограничных территориях края учреждаются карантинные пункты. 6 октября неразрывная цепь из 400 казаков была протянута от Оренбурга до Илекской Защиты через форпосты Донгузский и Алшанский. От Илекской Защиты другая цепь шла к северо-востоку по Бердянской линии, до впадения реки Бердянки в Урал. Была прекращена свободная связь с местами, где находились больные, последние изолировались от здоровых и помещались в госпитали и специальные бараки. 1549 домов и 4017 жилых покоев были окурены и проветрены, такой же обработке подвергались товары на меновом и гостинном дворах. Почтовую корреспонденцию тщательно окуривали, а для того, чтобы пары проникали внутрь, пакеты пробивали в нескольких местах гвоздями. Благодаря проводимым противоэпидемическим мероприятиям число заболевших стало существенно уменьшаться, и к 15 ноября 1829 года было объявлено о прекращении холеры в Оренбургской области. 1 декабря 1829 года было снято карантинное оцепление вокруг Оренбурга и восстановлена связь с другими населенными пунктами.

Таким образом, представленный материал имеет большое гносеологическое значение, так как является свидетельством того, как в начале 19 века на территории России, когда научные представления об этиологии и

эпидемиологии холеры не были окончательно сформированы, а её возбудитель еще не был описан (Р. Кох, 1883 г.), осуществлялась борьба с этим непростым заболеванием.

Рахимбердина А.Ю., 1-курс, Соловьева М.Е., 1-курс

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ФОТОСИНТЕЗИРУЮЩИХ ПИГМЕНТОВ В ХВОЙНЫХ РАСТЕНИЯХ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

Научный руководитель: к.б н., ст. преп-ль Винокурова Н.В.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская

Федерация

Кафедра фармацевтической химии

Исследование пигментов фотосинтеза растений играют важную роль для понимания характера их «ответа», как важных биоиндикаторов, на изменяющиеся условия макро-, микроклимата и степени загрязнения окружающей среды. Известно, что содержание хлорофиллов и каротиноидов - главных фоторецепторов фотосинтезирующей клетки – является одним из показателей реакции растений на изменение факторов внешней среды, степени их адаптации к новым экологическим условиям.

Фотосинтезирующие пигменты быстро реагируют даже на незначительные изменения среды. При действии токсикантов быстро разрушаются хлорофилл а и каротиноиды, меньше - хлорофилл в. Следовательно именно хлорофилл а является важным показателем загрязнённости среды.

Цель исследования - определение содержания фотосинтезирующих пигментов в хвое сосны обыкновенной и ели европейской, поскольку они являются своеобразными биоиндикаторами окружающей среды.

Для достижения поставленной цели были определены следующие задачи:

1. количественно определить содержание хлорофиллов а, в и каротиноидов в хвое ели и сосны, собранных в различных условиях;
2. определить соотношение пигментов в исследуемых образцах;
3. показать зависимость содержания пигментов от условий произрастания.

Объектом исследования была выбрана Сосна лесная (обыкновенная) – *Pinus silvestris* и Ель европейская (обыкновенная) – *Picea abies*.

Исследование проводилось согласно спектрофотометрической методике (М.С. Титова, 2010). Статистическую обработку полученных результатов проводили, используя программу Microsoft Excel-2010.

Для исследования содержания фотосинтезирующих пигментов в хвое и отображения зависимости содержания этих пигментов от климатических и экологических условий были взяты пробы из 3 регионов: Оренбургский район, Бузулукский и Беляевский районы Оренбургской области.

Итоги исследования показали, что наибольшее содержание хлорофилла а в ели европейской было обнаружено в образцах, собранных в Бузулукском районе, а наименьшее в Оренбургском районе, в хвое же сосны обыкновенной

результаты дали обратный характер, наибольшее содержание хлорофилла а обнаружено в пробах из Оренбургского района, а меньше всего его оказалось в образцах из Бузулукского бора. Беляевский район имеет среднее значение по данному показателю в хвое ели и сосны. В ходе исследований в хвое ели европейской большее количество хлорофилла а было найдено в образцах Бузулукского района, а меньший результат показал Оренбургский район. Что касается сосны лесной, то в данной хвое больше всего хлорофилла а было обнаружено в пробах Оренбургского района, а также близкое к нему значение имеет Бузулукский район, а вот наименьшее количество удалось обнаружить в образцах из Беляевского района Оренбургской области. Рассматривая результаты исследования каротиноидов в хвое, можно отметить, что в пробах ели европейской, большее их содержание было найдено в Беляевском районе, а наименьшее обнаружено в образцах из Бузулукского бора. В сосне обыкновенной наибольшее содержание каротиноидов в хвое можно отметить однозначно в Беляевском районе, а вот наименьшее в двух регионах, имеющих близкое значение по результатам исследования, – это Оренбургский и Бузулукский районы (таблица 1).

Содержание пигментов фотосинтеза

	хл а мг/г	хл в мг/г	каротиноиды мг/г	$\frac{C_{\text{хл а}}}{C_{\text{хл в}}}$	$\frac{C_{\text{хл а}} + C_{\text{хл в}}}{C_{\text{каротин}}}$
Ель европейская					
Беляевский район	0,897±0,4	0,223±0,14	0,183±0,07	4:1	6:1
Оренбургский район	0,435±0,09	0,138±0,03	0,177±0,04	3:1	3:1
Бузулукский район	0,911±0,08	0,481±0,05	0,092±0,02	2:1	15:1
Сосна обыкновенная					
Беляевский район	0,725±0,28	0,25±0,1	0,25±0,05	3:1	4:1
Оренбургский район	0,736±0,08	0,349±0,04	0,122±0,03	2:1	9:1
Бузулукский район	0,665±0,03	0,347±0,04	0,122±0,01	2:1	8:1

О степени состояния фотосинтезирующего аппарата растений можно судить по отношению хлорофилла а к хлорофиллу в. Это отношение связано с активностью «главного» хлорофилла а, и чем оно больше, тем интенсивнее фотосинтез. Этот показатель обычно в норме стабилен и должен соответствовать 2-3. Все наши пробы, за исключением хвои ели Беляевского района, где соотношение немного выше норм, что связано с достаточно высоким содержанием хлорофилла а, входят в средние пределы обозначенного соотношения.

А вот величина соотношения суммы хлорофиллов к каротиноидам, которое так же является эффективным показателем загрязнённости, может изменяться в широких пределах и в типичном листе это соотношение равно 3:1. Однако, под влиянием загрязняющих факторов в пигментном комплексе растений могут наблюдаться нарушения, которые проявляются в достаточном снижении хлорофилла а и каротиноидов в листьях, что приводит к снижению их соотношений. В собранных образцах данное соотношение достаточно высокое практически во всех пробах, что связано с хорошим показателем содержания хлорофилла а, а так как это главный индикатор загрязнённости, можно сказать, что такое высокое соотношение не свидетельствует о плохой экологической обстановке районов.

Поскольку соотношение хлорофиллов а и в и суммы хлорофиллов к каротиноидам быстро реагирует на изменяющиеся факторы среды, то одним из маркеров уровня антропогенной загрязнённости местности, может служить пигментный состав растений.

Выводы. Таким образом, содержание фотосинтезирующих пигментов в хвое сосны и ели варьирует в широких пределах, зависит от условий произрастания и может использоваться для оценки качества окружающей среды.

Зарубина А.А., 3-курс, Фоминых П.Э., 3-курс

БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ (БИОЛОГИЧЕСКОЕ) ОРУЖИЕ. СПОСОБЫ И ПРИЗНАКИ ПРИМЕНЕНИЯ, ПУТИ ПРОНИКНОВЕНИЯ, ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

Научный руководитель: асс. Емельянова Л.А.

Уральский государственный медицинский университет. Российская Федерация
Кафедра дерматовенерологии и медицины катастроф

Эта проблема во всем мире для здравоохранения в настоящее время является одной из приоритетных. Достоверно известно, что в годы войны заражали население Китая бубонной чумой. А нацистская Германия занималась массовым распространением переносчиков малярии в Понтийских болотах на территории Италии. Из всего этого следует, что биологическое оружие - это простой, эффективный и древний способ уничтожения широких масс людей. Данный метод развивается и сейчас, выделяя все новые и новые устойчивые к окружающей среде штаммы бактерий и вирусов.

Цель. Сформировать единое мнение о биологическом оружии, исходя из взглядов авторов приведённых ниже статей, дать собственную оценку.

Задачи. Проанализировать статьи по данной теме и на основании этого сделать заключение. Дать оценку с точки зрения эпидемиологии и выработать противоэпидемические мероприятия.

В наш век политических конфликтов, этнических войн и террористических атак, происходящих в мире, существует реальная угроза применения оружия массового поражения, в том числе и бактериологического.

Мы должны быть готовы к ведению боевых действий и терактов в условиях применения оружия массового поражения (ОМП). Это возможно лишь в том случае, если мы будем знать мероприятия по защите от ОМП, его боевые свойства, поражающие факторы. Многие считают, что обсуждение данного вопроса не актуально, но все существующие в настоящее время средства защиты – бессильны против такого оружия, и, если когда-нибудь перед человечеством возникнет угроза бактериологической войны или биологического терроризма, неведение будет стоить очень дорого. И первый шаг, который мы должны сделать, чтобы защитить себя, как раз состоит в том, чтобы узнать, что из себя представляет имеющееся в настоящее время БО и как оно действует.

Основная часть

Биологическое оружие (БО) – это патогенные микроорганизмы или их споры, вирусы, бактериальные токсины, а также средства их доставки, предназначенные для массового поражения живой силы противника, сельскохозяйственных животных, посевов сельскохозяйственных культур, а также порчи некоторых видов военных материалов и снаряжения. Вместе с ядерным и химическим является оружием массового поражения.

Пути проникновения болезнетворных микробов и токсинов в организм человека могут быть следующими: Аэрогенный – с воздухом через органы дыхания. Алиментарный – с пищей и водой через органы пищеварения. Трансмиссивный путь – через укусы зараженных насекомых. Контактный путь – через слизистые оболочки рта, носа, глаз, а также поврежденные кожные покровы. Наиболее эффективным способом применения БО считается аэрозольный, позволяющий осуществлять заражение воздуха и местности на больших территориях, вызывая массовые заболевания людей, животных и растений. Поражения людей наиболее возможны следующими возбудителями: вирусы (возбудители натуральной оспы, желтой лихорадки, различных видов энцефалитов, геморрагических лихорадок), бактерии (возбудители сибирской язвы, туляремии, чумы, бруцеллеза) токсины (ботулинический токсин)

Мнения авторов

Журнал «Актуальные проблемы авиации и космонавтики» Д.А. Жироовов, Н.С. Герасимович, Научный руководитель – Е.Н. Леонова, 2011Г. Авторы данной статьи утверждают, что использование столь эффективных и в то же время чудовищных по своим последствиям средств, как биологическое оружие, запрещено в связи с заключением военных международных договоров. Цивилизованные страны из соображений гуманности отказались от его применения, но некоторые государства по-прежнему ведут исследования по выращиванию культур бактерий, что ставит под сомнения эффективность ранее заключенных международных соглашений. В качестве биологического оружия могут применяться микроорганизмы, устойчивые к высушиванию, колебаниям климата и главным образом иметь скрытый период инкубации, т.е. период во время которого не наблюдается динамика развития болезни, действие микроорганизма может начаться через 1 год или через 10 лет. В качестве

примера авторы привели случаи, которые произошли в Красноярском крае в 2007 году. Было зарегистрировано 2 случая, подозрительных на биотерроризм, в 2006 – 4, 2005 – 2, 2004 – 3, 2003 – 4, 2002 – 6. Такие ситуации требуют постоянной готовности службы ФГУЗ «Центр Гигиены и Эпидемиологии» к проведению мероприятий, направленных на ликвидацию подобных очагов. Для обеспечения санитарной охраны нужно проводить ряд организационных мероприятий. Так, например, было проведено 3 тренировочных учения по отработке действий специалистов в Красноярском крае, в случае выявления больного холерой и птичьим гриппом и в очаге биотерроризма. Данная статья в очередной раз доказывает нам об опасности БО как о «скрытом убийце», который приводит к необратимым последствиям, в следствие чего нужно всегда быть готовыми к угрозе и проводить учебные мероприятия, что значительно снизит процент пострадавших.

Применение биологического оружия-реалии современного мира.

П.П. Коновалов, У.В. Арсентьев, А.Л. Буянов, С.М. Бекмурзов. Авторы считают, что биологическое оружие весьма удобное для совершения масштабного террористического акта, ведь в наше время революция в области технологии способна создать БО, по поражающим параметрам не уступающая ядерному оружию и обладающие при этом гибкостью в применении. В качестве примера принципиальной возможности получения чужеродных белков в растениях можно привести пероральных вакцин на основе картофеля и бананов путем включения в геном растения генов, кодирующих белки антигены ряда патогенов, способные вызвать иммунный ответ, так может быть включен любой ген. «Биологическая война ужасна, но биологическая война, включающая генетическую инженерию, есть апокалипсис» Также ряд продовольственного сырья вывозятся из-за рубежа, что делает страну уязвимой для биологического терроризма, помимо этого возможно применение трансмиссивного способа, который заключается в преднамеренном рассеивании в заданном районе искусственно зараженных БС кровососущих переносчиков с помощью энтомологических боеприпасов (авиационные бомбы, контейнеры) Таким образом, БО может поражать как человека, так и животных и даже отдельно этнические группы, благодаря информации о человеческом геноме, этому способствует современный уровень развития научных информационных технологий, позволяющий потенциальному террористу подчерпнуть из общедоступных источников информации методологию, этапность, и особенности технологического процесса изготовления, пути применения поражающих биологических факторов. Для разработки биологического оружия активно приглашаются бывшие сотрудники и военнослужащие научно-исследовательских институтов, которые представляют реальную угрозу для страны и приводят к опасным достижениям в области биотехнологий. Исходя из этого, можно сделать вывод, о том, что мир вступает в принципиально новую стадию своего развития, на которой начинает все большую роль играть искусственный биологический и социальный отбор. В этой связи, с учетом оценок Российской академии наук, можно сделать вывод, что в ближайшие 10

лет биологическое оружие может представлять одну из основных угроз для национальной безопасности РФ.

Противобиологическая защита

Включает в себя: биологический контроль и оценку (прогнозирование) биологической обстановки; использование индивидуальных и коллективных средств защиты; специальную обработку, включая санитарную обработку личного состава, дезинфекцию объектов, местности, дорог, сооружений; экстренную (общую и специальную) профилактику поражений и вакцинацию (ревакцинацию); изоляционно-ограничительные и лечебно-эвакуационные мероприятия; маневрирование мобильными резервами. Успешное решение всех задач по защите населения от биологических (бактериологических) средств во многом зависит от точного прогнозирования и своевременной организации, и проведения биологической разведки. Проведение учебных мероприятий. Заключение военных международных договоров

Выводы. Мы проанализировали статьи по данной теме, а также другие источники информации, на основании чего можем сделать вывод, что БО, как и все виды оружия является угрозой для человечества, но носит особо опасный характер. Мы согласны с мнением автором, что БО имеет множество вариантов путей распространения вследствие чего нам важно всегда быть готовыми к ЧС, проводя противоэпидемические мероприятия.

13-СЕКЦИЯ. ПРОБЛЕМЫ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ, СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ, НАРОДНОЙ МЕДИЦИНЫ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Asatova M., 5-kurs

GIPERTONIYA KASALLIGINI XALQ TABOBATI USULIDA DAVOLASH

Ilmiy raxbar: Dabbarova M.B.

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti. O‘zbekiston

Xalq tabobati, sport tibbiyoti va kasb kasalliklari kafedrası

JSST ma’lumotlariga ko‘ra dunyo bo‘yicha gipertoniya kasalligini tarqalishi 18% ni tashkil qiladi. Har yili 9,4 mln insonlar gipertoniyaning asoratidan ko‘z yumadilar. Hozirda AG Evropa davlatlarida kattalar orasida tarqalishi 30-45% ni, Rossiyada 40%ni tashkil etmoqda. 2025 yilga kelib kasallar soni 1,6 mlrdni tashkil etishi mumkin. Mazkur kasallikni medikamentoz yo‘l bilan davolashda gipotenziv dori guruxlaridan foydalaniladi. Ammo biz bilamizki, bu dori guruxi vositalarining nojo‘ya ta’sirlari juda ko‘pdir. Hozirgi kunda refleksoterapiya yurak qon tomir sistemasi kasalliklarida keng qo‘llanilib kelinmoqda.

Maqsad. Gipertoniya kasalligida ignaterapiya usulining samaradorligini o‘rganish.

Material va uslublar. Fiziomed klinikasi va ko‘p tarmoqli viloyat kasalxonasi kardiologiya bo‘limidagi bemorlar ro‘yxati olindi. Jami bo‘lib 27 ta bemor Gipertoniyaning turli darajalari va hamrox kasaligi bilan og‘riganlar orasidan 17 tasini (63%) bemorning roziligi bilan asosiy davo bilan birga Igna bilan davolash o‘tkazildi. Davo kursi 10-12ta muolajani tashkil etdi. Quyidagi nuqtalarga tormozlovchi ta’sir etib, ignaterapiya o‘tkazildi. S9,S7, VS 14, In-si S 6 va V 15.

Natijalar. 17 ta bemordan 4 tasida (23,5%) I-darajali, 10 tasida (58,8%) II-darajali va 3 tasida (17,7%) III-darajali gipertoniya kasalligi deb tashxislangan. 17ta bemordan 6 ta bemorda (35,2%) hamrox kasalliklar borligi aniqlanildi. 17 ta bemordan 4 tasida (23,5%) I-darajali bemorlarda qon bosimi butunlay normal holga keltirildi va dorilarni berish to‘xtatildi, 6 tasida (35,3%) II-darajali bemorlarda davo davom etirildi lekin dori preparati faqatgina bemorni bezovta qilsagina ichishga tavsiya berildi va 3 tasida (17,7%) og‘ir darajadagilarga igla bilan beriladigan davodan tashqari zuluk ham qo‘yildi. Davoning 2-etapidan so‘ng bu bemorlarda ham klinik belgilar to‘liq bartaraf bo‘ldi .

Xulosa. Ignaterapiya usulining yuqori samaradorligi, davomiyligi va turg‘unligi, universalligi, indivudal yondashish imkonining mavjudligi, zararsiz ekanligi uning ko‘pgina terapevtik kasalliklarda, jumladan gipertoniya ham nechog‘li ahamiyatli ekanligini bildiradi. Oilaviy poliklinika sharoitida xam mazkur usulni qo‘llash tavsiya etiladi.

Амонов Ш., 4-курс

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИГЛОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ШЕЙНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА

Научный руководитель: асс. Туксанова З.И.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.
Узбекистан

Кафедра народной медицины, спортивной медицины и профессиональных
болезней

Методика иглотерапии известна человечеству более двух тысячелетий. Сущность метода заключается в воздействии на организм с лечебной целью различных по силе, характеру и продолжительности раздражений, наносимых в строго определенные точки, расположенные на кожной поверхности головы, лица, туловища и конечностей.

Цель. Изучение эффективности иглоукалывания при лечении шейного остеохондроза.

Материалы и методы. Нами пролечено 17 больных остеохондрозом шейного отдела позвонков. Исследование проводилось в Бухарском многопрофильном медицинском центре в отделение физиотерапии. Всем больным проводилось курсовое лечение с использованием метода иглоукалывания. Курс лечения состоял 8-10 процедур. Иглоукалывание проводилось воздействием на точки: IG3, VG 17, VB 12, VG 15, V10, VB 20, VG 16. Для всех точек – уколы седативного действия.

Результаты. Эффективность лечения зависела от формы и тяжести заболевания. Уже в продолжение первого курса у 14 больных (82,3 %) наблюдалась повышенная дееспособность, спад отеков, нормализация сна. Со второго сеанса положительные результаты лечения были получены у 16 больных (94,1%).

Выводы. Таким образом, применение иглотерапии при остеохондрозе шейного отдела позвонков является одним из эффективных методов лечения и целесообразно будет его широкое применение на практике семейного врача.

Бахарева А.С., 1-курс

ПРОБЛЕМЫ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ, СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Научный руководитель: асс. Четвергова А.И.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская
Федерация

Кафедра физкультуры

По данным МЗ И СР РФ в настоящее время в субъектах Российской Федерации функционируют 115 врачебно-физкультурных диспансеров, 356 отделений (кабинетов) спортивной медицины, 3 082 отделения лечебной физкультуры для взрослых, 1 674 отделения лечебной физкультуры для детей в

различных медицинских учреждениях. Кроме того, в России осуществляют свою деятельность пять центров лечебной физкультуры и спортивной медицины во главе в федеральным центром, центр спортивной медицины, три центра восстановительного лечения и реабилитации, 15 центров профилактики, где работают отделения спортивной медицины и ЛФК. В перечисленных учреждениях работают 3 479 врачей по лечебной физкультуре и спорту. Как положительное в развитии службы спортивной медицины участники слушаний отметили следующее. Достигнуты определенные успехи по обмену информацией между специалистами и использованию компьютерных технологий в функциональных исследованиях спортсменов и больных. Проводятся научные разработки, относящиеся к раннему выявлению, профилактике и лечению патологических состояний у спортсменов. Воссоздается отечественная система допинг-контроля, система медицинского обслуживания спортсменов-инвалидов и юных спортсменов на современном технологическом уровне. Расширяются международные связи специалистов в области спортивной медицины, кинезотерапии и комплексных методик реабилитации. Научно обосновано создание ряда новых методик ЛФК при заболеваниях и травмах. Наряду с положительным, участники слушаний отметили, что созданная в стране система медицинского обеспечения физической культуры и спорта в течение последнего десятилетия переживает период стагнации. Среди основных причин стагнации выделены следующие:

1. Финансовые проблемы

- Финансирование спортивной медицины в рамках раздела «Здравоохранение» осуществляется по остаточному принципу, отсутствует целевая строка в федеральном бюджете;

- в бюджете министерства спорта, туризма и молодежной политики РФ также отсутствует статья расходов на лечение (предусмотрено только проведение углубленных медицинских осмотров);

2. Проблемы материально-технической базы

- количество врачебно-физкультурных диспансеров неуклонно сокращается

- многие из сохранившихся учреждений по уровню своего материально-технического оснащения не соответствуют современным требованиям;

- на федеральном уровне отсутствует многопрофильный центр спортивной медицины.

3. Проблемы кадрового обеспечения и подготовки кадров

- не урегулирован правовой и социальный статус спортивных врачей, работающих вне системы здравоохранения. Трудовой стаж засчитывается им как общий, в то время как профессиональный в расчет не идет. На них не распространяются социальные льготы и льготы по пенсионному обеспечению, в отличие от врачей, находящихся в системе здравоохранения;

- ведущие специалисты в области спортивной медицины уходят в более оплачиваемые специальности (дермато-венерологи, психиатры, окулисты и т.д.);

- со сборными командами России (3000 спортсменов) работает 120 медиков, среди которых сертифицировано только 20;

- квалификационные требования к врачам по лечебной физкультуре и спортивной медицине не учитывают особенностей деятельности врачей, работающих в спортивных учреждениях, тем более врачей спортивных команд;

4. Проблемы межведомственной разобщенности

- существует много конфликтов между врачами и тренерами. Имеет место абсолютное невнимание тренеров и спортивных функционеров к медицинским проблемам и разработкам в области медико-биологического обеспечения спортсменов. Врачи спортивных команд зачастую не имеют возможности совместно с тренерским коллективом обсуждать степень тренированности спортсменов, определять сроки проведения восстановительных мероприятий;

5. Проблемы организационно-методического характера

- утрачена организационно-координирующая роль Федерального Центра лечебной физкультуры и спортивной медицины Минздравсоцразвития РФ;

- ни одна команда страны не получает медицинское обеспечение в данном центре;

- существует практика допуска к спортивным соревнованиям физкультурников и спортсменов без медицинского допуска, либо по поддельным справкам;

- отсутствует порядок проведения медосмотров.

7. Допинговые проблемы

Спортсмены, профессионально занимающиеся спортом, для биологической поддержки и восстановления компенсаторных возможностей в среднем в день получают 8-12 препаратов, которые им дают тренеры. Имеются такие виды спорта, результаты которых на 50% зависят от химических препаратов. В высшем спорте в среднем циркулирует 800-850 наименований различных химических препаратов, из которых сертифицировано лишь 2%. С 1988 года наша страна прекратила разрабатывать БАДы для спортсменов. В настоящее время не существует определения допинга, тогда как список допингов ежегодно увеличивается. В настоящее время в России отсутствуют научно обоснованные фармакологические схемы по усилению спортивной работоспособности, что создает основу для недобросовестного и незаконного распространения фармакологических веществ и неадаптированных схем подготовки спортсменов, а также создает почву для использования допинга в высоком спорте. Кроме того, в России отсутствуют в спорте высших достижений лаборатории, в которых бы проводились исследования применяемых химических препаратов и оценивалось их влияние на адаптивные и компенсаторные возможности организма, в то время в развитых странах функционируют по несколько таких лабораторий. Понятие медицинской реабилитации впервые введено Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" и предусматривает создание системы по формированию, активному сохранению, восстановлению и укреплению здоровья россиян, реализацию потенциала здоровья для ведения полноценной

производственной, социальной и личной жизни, снижение темпов старения, преждевременной смертности, заболеваемости, инвалидизации населения, увеличение средней продолжительности жизни и повышение ее качества, а также улучшение демографической ситуации в стране.

Реабилитация - это часть обязательного системного подхода в лечении. К сожалению, в нашей стране порой думают иначе и реабилитация имеет какую-то роль в тех случаях, когда есть угроза жизни. Если это инсульт, то надо организм снова привести к более-менее нормальному функционированию: самостоятельно есть и двигаться. В иных случаях реабилитации не уделяется должного внимания. Сами врачи зачастую считают реабилитацию необязательной. Главное, по их мнению, провести лечение, прийти к более или менее стабильному состоянию и выпихнуть пациента, а там уже его проблемы. Человек же, оставленный наедине со своей проблемой, не зная элементарных основ движения и питания, возвращается в свои родные пенаты к своей прежней жизни, уже ранее приведшей его к проблеме или делает что получится и как может.

У нашей системы ОМС (обязательного медицинского страхования) предусмотрены и существуют понятия ЛФК (лечебная физическая культура), физиопроцедуры и другие процедуры восстановительной медицины. Но всё это носит разрозненный характер и совсем не учитывает потребностей в том или ином случае. Вам назначат то, чем владеет ваша поликлиника, к которой вы прикреплены. Сюда входят стандартные 10 сеансов электрофореза с гидрокортизоном, электростимуляция, прогревания и т.п. Мне даже назначали грязи? Приходишь, мажут коленку какой-то грязью, лежишь минут 15. Итог: много грязи, времени, а толку ноль.

Список литературы

1. Постановление Правительства РФ от 19.06.2012 N 608 (ред. от 06.04.2019) "Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации".
2. "Юридически значимые медицинские документы: нормативные положения, типовые формы и судебная практика (справочное пособие с ситуационными задачами и ответами на них)" (Старчиков М.Ю.) ("Инфотропик Медиа", 2018) из информационного банка "Постатейные комментарии и книги".

Зорина Р.А., 5-курс

ИППОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД РЕАБИЛИТАЦИИ

Научный руководитель: ст. преп-ль Ляшенко А.А.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская
Федерация

Кафедра физической культуры

Иппотерапия есть не что иное, как форма лечебной физкультуры, где в качестве инструмента реабилитации выступает лошадь. Лечебная верховая езда в мировой реабилитационной практике рассматривается как

многофункциональный метод реабилитации, позволяющий учитывать как психологический, так и физиологический статус человека.

Лечебная верховая езда во многих странах мира получила стремительное развитие и оформилась как метод реабилитации при широком спектре заболеваний. Данный метод лечения и реабилитации был признан во многих странах мира, таких как Франция, Голландия, Швейцария, Великобритания, Польша. По достоинству оценен Немецкой физиотерапевтической ассоциацией (Deutscher Verband für Physiotherapie – Zentriverein der Krankengymnasten).

Лечебная верховая езда предназначена для детей и взрослых, нуждающихся в физической, психосоциальной и личностной реабилитации. Клинические методы исследования показали, что лечебная верховая езда оказывает воздействие на организм человека путем двух факторов: психогенного и биомеханического. Именно поэтому этот терапевтический метод является комплексным. Соотношение удельного веса этих факторов в каждом случае зависит от заболевания и задач, решаемых с помощью иппотерапии.

При верховой езде происходит укрепление и тренировка мышц тела пациента, причем особенностью воздействия является то, что одновременно тренируются слабые мышцы и расслабляются спастичные мышцы. Наблюдается укрепление осанки. Улучшается координация движений и пространственной ориентации. Стабилизируется работа сердечно-сосудистой и дыхательной систем, ускоряются обменные процессы в организме. Происходит развитие таких психических функций, как память, внимание, мышление. Улучшается психо-эмоциональное состояние занимающихся людей: снижается уровень стресса, психо-эмоционального напряжения, повышается работоспособность нервной системы, стрессоустойчивость.

Таким образом, посредством улучшения физического, психологического и эмоционального состояния пациентов иппотерапия способствует наиболее эффективной социализации людей с ограниченными возможностями в современном мире и повышает качество их жизни.

Ибрагимов С., 1-босқич

**ЯККАКУРАШ СПОРТ ТУРЛАРИДА ҚЎЛЛАРНИ ТЕЗКОР БУКУВЧИ ВА
ЎЗУВЧИ МУШАКЛАР КУЧИНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ**

Илмий раҳбар: асс. Шокиров К.Ф.

Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти. Ўзбекистон
Халқ таълим ва касб касаликлари ва спорт тиббиёти кафедраси

Спорт машғулотларини илмий асосда ташкил қилиш, жисмоний ҳамда техник-тактик тайёргарликни шакллантирувчи машқлар юкламаларини шуғулланувчилар ёши, жинси ва психофункционал имкониятларига мос тартибда қўллаш келажакда мустақам соғлиққа эга юқори малакали спортчиларни тарбиялаш самарадорлигини таъминлаши исбот талаб қилмайди.

Мақсад. Курашчи ва боксчи талабаларда қўлларнинг букувчи ва ёзувчи мушаклар кучининг фарқини ўрганишга бағишланди.

Натижа. Ўтказилган тадқиқот натижаларидан шу нарса аниқландики, курашчилар учун муҳим бўлган қўлларни букувчи мушаклар кучи ва боксчиларда устувор аҳамиятга лойиқ қўлларни ёзувчи мушаклар кучи бир-биридан кескин фарқланар экан. Жумладан, қўлларни тезкор букувчи мушаклар кучи турникда 30 сек. давомида тах марта тортилиш сони курашчилар ўртасида $25,2 \pm 0,72$ мартани ташкил этган бўлса, боксчиларда ўртача $18,2 \pm 0,68$ марта билан ифодаланди. Юқори малакали курашчи ва боксчи талабаларда қўлларни тезкор букувчи-ёзувчи мушаклар кучининг ўзаро фарқи ($t=10$). Курашчиларда ушбу кўрсаткичнинг 7,0 мартага ортиқ бўлиши бу беллашув хусусиятлари жиҳатидан табиийдир. Чунки курашчи ўз рақибига нисбатан усул қўллашда (уни айлантириш, кўтариш, эгиш ва х.к.) асосан қўлларни букувчи мушаклар кучидан фойдаланадилар. Боксчилар эса, аксинча, жанг олиб боришда устувор жиҳатдан қўлларни ёзувчи мушаклар кучига урғу беришади. Брусъяда 30 сек. давомида қўлларни тах марта букиш-ёзиш тест машқи қўлларни ёзувчи мушаклар кучини баҳолаш мақсадида қўлланган бўлиб, олинган натижалар аксинча, кўрсаткичлар билан ифодаланди: яъни брусъяда қўлларни ёзиш кучи курашчиларда - $42,6 \pm 0,95$ мартани, боксчиларда - $47,4 \pm 0,98$ мартани ташкил этди. Кўриниб турибдики, «узок контактли» (курашчилар) ва «қисқа контактли» (боксчилар) фарқланадиган ушбу спортчилар гуруҳида қўлларни ёзувчи мушаклар кучи бир-биридан кескин фарқланди (4,8 марта).

Хулоса. Курашчи ва боксчи талабалар билан олиб борилаётган машғулотларда қўлларни букувчи ва ёзувчи мушаклар кучи, шу жумладан ўнг ва чап қўлни букувчи-ёзувчи мушаклар кучини симметрик йўналишда шакллантиришга жиддий эътибор қаратилмас экан. Ваҳоланки, кураш мусобақаларини кузатиш жараёнида ўнақай курашчилар кўплаб усулларни ўнг томон бўйлаб, чапақай курашчилар эса аксинча, чап томон бўйлаб ижро этишлари кўзга ташланади. Бизнинг фикримизча, агар курашчи мувофиқ усулларни ўнг ва чап томонлар бўйлаб симметрик равишда ижро этиш имкониятларига эга бўлса, унинг ижрочилик маҳорати янада кенгайиши муқаррар.

Исмаилова М.Ю., 2-курс, магистрант

СКРИНИНГ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СПОРТСМЕНОВ

Научный руководитель: д.м.н., доц. Нурбоев Ф.Э.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.

Узбекистан

Кафедра народной медицины, спортивной медицины и профессиональных болезней

Отношение к влиянию спорта на здоровье у населения и у медицинских работников принципиально отличается. Среди обывателей бытует мнение, что

спортсмены - это люди, непременно отличающиеся крепким здоровьем, в то время как врачи полагают, что спорт подразумевает нагрузки, способные разрушить организм. За торжеством спортивных достижений наблюдают миллионы людей, в то время как неутешительная статистика известна немногим специалистам.

Традиционно, большинство эпидемиологических исследований, в т.ч. касающихся заболеваемости у спортсменов, проводится в США, соответственно, основным источником информации для данной статьи стали преимущественно они.

Исследовательская группа Harmon K.G. и др. [1] на основании анализа базы данных Национальной Ассоциации Атлетов Университетов за 2003-2013 года, включавшей 514 случаев внезапной смерти, сделала ряд интересных выводов. Согласно полученным данным, наиболее частой причиной внезапной смерти у спортсменов являются несчастные случаи, такие как автокатастрофа, утопление, падение с высоты и др. (N-257; 50%) и лишь на втором месте находятся заболевания (N-147; 29%), из которых большинство составляют сердечно-сосудистые (N-7; 15%). Наиболее частой находкой на аутопсии была внезапная необъяснимая смерть без морфологических изменений (N-16; 25%), а также гипертрофическая кардиомиопатия (N-5; 8%).

По данным Maron V.J. и соавторов [2], изучавших Национальный (США) реестр внезапной смерти у атлетов за период с 2002 по 2011 год из числа 152 умерших спортсменов (средний возраст 20 ± 1.7 лет, 85% мужчины, 64% представители белой расы) зарегистрировано 31 случай суицида, 21 случай смертельного отравления алкоголем и 64 случая внезапной сердечной смерти. При аутопсии у спортсменов, умерших в результате сердечно-сосудистых заболеваний, в 21 случае причиной смерти была гипертрофическая кардиомиопатия и в 8 случаях – врожденная аномалия коронарных сосудов.

Те же ученые в более раннем и более масштабном исследовании [3], захватившем период 1980 по 2006 годы, проанализировали причины 1866 случаев внезапной смерти у спортсменов. Выяснилось, что вклад сердечно-сосудистых заболеваний в структуру смертности среди спортсменов является наибольшим (N-1049; 56%). Впрочем, в данное число исследователи включали также случаи травмы сердца и теплового удара (N=416; 22%). При этом 937 (89%) умерших были мужского пола и только 112 (11%) женского (хотя, нужно учитывать, что женщины реже занимаются спортом). Внезапная сердечная смерть чаще встречалась у небелых атлетов, чем у представителей белой расы (64% против 51%, $p=0.001$). Среди умерших были представители 38 видов спорта, однако, наибольшая смертность была выявлена у занимающихся баскетболом (N=349; 33%) и футболом (N=281, 25%). Внезапная сердечная смерть возникала преимущественно во время тренировок или участия в состязаниях (N=844; 80%), в то время как во время обычной бытовой активности, отдыха и сна количество смертей было в 4 раза меньше (N=205; 20%). В этом исследовании, как и в описанных ранее, наиболее частыми причинами смерти вследствие сердечно-сосудистых заболеваний были

гипертрофическая кардиомиопатия и врожденные аномалии коронарных сосудов.

Практика обследования спортсменов перед соревнованиями существует давно, но долгое время она не была унифицированной и базировалась на локальных протоколах клинического обследования. В 1996 Американская ассоциация сердца разработала и внедрила рекомендации для скрининга кардиоваскулярных заболеваний у спортсменов, которые в 2007 году почти без изменений вновь были одобрены и приняты этой организацией [5,6]. Рекомендации 2007 года состоят из 12 пунктов (8 из них относятся к жалобам и анамнезу и 4 – к результатам физикального обследования):

Жалобы и анамнез*

1. Боль/дискомфорт в грудной клетке при физической нагрузке
2. Необъяснимые обмороки/предобморочные состояния†
3. Выраженная/необъяснимая одышка при физической нагрузке
4. Ранее выявляемый шум в области сердца
5. Артериальная гипертензия
6. Преждевременная смерть (внезапная или неожиданная) в возрасте до 50 лет вследствие сердечно-сосудистого заболевания у ≥ 1 родственника
7. Заболевание сердца у близких родственников в возрасте < 50 лет
8. Наличие у близких родственников следующих сердечно-сосудистых заболеваний: гипертрофическая или дилатационная кардиомиопатия, синдром удлиненного интервала QT или другие каналопатии, синдром Марфана, или клинически значимые аритмии
9. Шум в области сердца‡
10. Пульсация на бедренных артериях (для исключения коарктации аорты)
11. Внешние признаки синдрома Марфана
12. Измерение АД на верхних конечностях (сидя)

Примечания:

*при обследовании юных спортсменов рекомендуется присутствие родителей при сборе анамнеза и жалоб

необходимо исключить нейрокардиогенную природу обмороков (вазовагальные обмороки), особое внимание необходимо уделить обморокам, возникающим при физической нагрузке.

Аускультация должна проводиться как лежа, так и стоя (или с применением маневра Вальсальвы), особенно при подозрении на динамическую обструкцию выносящего тракта ЛЖ желательно измерять на обеих верхних конечностях.

Наличие одного и более позитивных критериев скрининга указывает на необходимость проведения углубленного кардиоваскулярного обследования. В то время как американские рекомендации не рассматривают электрокардиограмму (ЭКГ) в качестве обязательного этапа скрининга, Европейское общество кардиологов и Международный олимпийский комитет считают это исследование необходимым [7,8]. В работе Corrado D. и соавторов

приводится обширный перечень патологических изменений на ЭКГ, которые могут быть своевременно выявлены при скрининге [9].

Информация авторами представлена в виде громоздкой таблицы, которую мы воспроизводить не будем, ограничившись замечанием, что все изменения ЭКГ (кроме тех, которые являются результатом непосредственно спортивных нагрузок) требуют дальнейшего углубленного кардиоваскулярного обследования. Кстати, итальянские ученые в своей статье приводят примеры и доброкачественных изменений ЭКГ у спортсменов – это, в частности, синусовая брадикардия, атриовентрикулярная блокада 1 степени, неполная блокада правой ножки пучка Гиса, синдром ранней реполяризации миокарда, изолированные вольтажные QRS критерии гипертрофии левого желудочка. Выявление только этих изменений не требует дополнительного обследования. В свою очередь, обсуждая так называемые «Лозаннские рекомендации» международного олимпийского комитета по скринингу кардиоваскулярных заболеваний (2004), Hamilton В. и соавторы резонно замечают, что эхокардиография (ЭхоКГ) может быть чувствительнее, чем ЭКГ при диагностике сердечно-сосудистых заболеваний (в частности, гипертрофической кардиомиопатии) [10]. Тем не менее, в настоящее время ЭхоКГ остается в числе методов углубленного кардиоваскулярного обследования.

Интересно, что в то время как в ряде европейских стран (Германия, Франция, Великобритания, Норвегия, Польша, Бельгия, Нидерланды, Люксембург) ЭКГ считается обязательным методом скрининга, в некоторых странах (Испания, Швеция, Греция) это исследование лишь «рекомендуется». Кроме клинической ценности на использование ЭКГ при скрининге влияет и финансовая составляющая проблемы. Maron В. J. и соавторы на основании теоретических расчетов делают вывод, что в масштабах США обязательное ЭКГ-исследование увеличит расходы на скрининг лиц, занимающихся спортом, на 500 миллионов долларов в год, лишь незначительно улучшив диагностику кардиоваскулярных заболеваний [6]. В то же время другие американские исследователи считают использование ЭКГ для скрининга финансово оправданным и эффективным [11].

Согласно рекомендаций Европейского общества кардиологов [7], если углубленное обследование сердечно-сосудистой системы не выявило заболеваний – спортсмен допускается к занятиям спортом без ограничений. Если же была выявлена кардиоваскулярная проблема – возможны три варианта решений: 1) при незначительных нарушениях - занятия спортом возможны без ограничений, 2) при умеренных нарушениях занятия спортом возможны с ограничением динамических и статических нагрузок, 3) при выраженных нарушениях – занятия спортом противопоказаны. В европейских рекомендациях подробно описаны методы оценки тяжести кардиоваскулярных заболеваний, а также алгоритм принятия решения о возможности занятий спортом. В то же время, несмотря на наличие подробных рекомендаций, окончательное решение в каждом индивидуальном случае остается за врачом.

Заключение. Спортсмены требуют повышенного внимания со стороны врачей. Это связано с большей частой внезапной сердечной смерти в данной популяции. Кроме того, скрининговое обследование спортсменов должно проводиться согласно унифицированной процедуре опроса и физикального исследования, а также включать проведение ЭКГ. Лица, у которых при скрининге было заподозрено или выявлено заболевание сердечно-сосудистой системы, должны пройти углубленное обследование, по результатам которого принимается решение о возможности занятий спортом.

Учитывая, что большинство случаев внезапной сердечной смерти у атлетов возникают во время занятий спортом, медицинский и тренерский персонал, обслуживающий соревнования и тренировки, должен быть готов к проведению сердечно-легочной реанимации с использованием дефибрилятора.

Список литературы

1. Harmon K.G., Asif I.M., Maleszewski J.J. et al. Incidence, cause, and comparative frequency of sudden cardiac death in National Collegiate Athletic Association Athletes // *Circulation*. – 2015. – Vol. 132. – P. 10-19.
2. Maron B.J., Haas T.S., Murphy C.J., Ahluwalia A., Rutten-Ramos S. Incidence and causes of sudden death in U.S. college athletes. // *J Am Coll Cardiol*. - 2014. - Vol. 63. - P. 1636–1643.
3. Maron B.J., Doerer J.J., Haas T.S., Tierney D.M., Mueller F.O. Sudden deaths in young competitive athletes: analysis of 1866 deaths in the United States, 1980–2006. // *Circulation*. - 2009. - Vol. 119. - P. 1085–1092.
4. Harmon K.G., Asif I.M., Maleszewski J.J. et al. Incidence, cause, and comparative frequency of sudden cardiac death in National Collegiate Athletic Association Athletes // *Circulation*. – 2015. – Vol. 132. – P. 10-19.
5. Corrado D., Basso C., Rizzoli G., Schiavon M., Thiene G. Does sports activity enhance the risk of sudden death in adolescents and young adults? // *J Am Coll Cardiol*. - 2003. - Vol. 42. - P. 1959–1963.
6. Maron B.J., Thompson P.D., Ackerman M.J., et al. Recommendations and considerations related to preparticipation screening for cardiovascular abnormalities in competitive athletes: 2007 update: a scientific statement from the American Heart Association Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism: endorsed by the American College of Cardiology Foundation. // *Circulation*. – 2007. – Vol. 115(12). – P. 1643-1655.
7. Maron B.J., Thompson P.D., Puffer J.C., et al. Cardiovascular preparticipation screening of competitive athletes: a statement for Health Professionals from the Sudden Death Committee (Clinical Cardiology) and Congenital Cardiac Defects Committee (Cardiovascular Disease in the Young), American Heart Association. // *Circulation*. – 1996. – Vol. 94. – P. 850–856.
8. Pelliccia A., Fagard R., Bjørnstad H.H., et al. European Society of Cardiology consensus document: recommendations for competitive sports participation in athletes with cardiovascular disease. // *Eur Heart J*. – 2005. – Vol. 26. – P. 1422–1445.

9. Oswald D., Dvorak J., Corrado D. et al. Sudden cardiovascular death in sport. Lausanne recommendations: preparticipation cardiovascular screening. http://multimedia.olympic.org/pdf/en_report_886.pdf
10. Corrado D., Basso C., Schiavon M., Pelliccia A., Thiene G. Pre-Participation Athletic Screening // Journal of the American College of Cardiology. – 2008. – Vol. 52, No. 24. – P. 1981–1989.
11. Hamilton B., Jaques R., Budgett R. Observations on the -Lausanne Recommendations on sudden cardiovascular death in sport // Br J Sports Med. – 2007. – Vol. 41(2). – P. 1-2.
12. Wheeler M.T., Heidenreich P.A., Froelicher V.F., Hlatky M.A., Ashley E.A. Cost-effectiveness of preparticipation screening for prevention of sudden cardiac death in young athletes. // Ann Intern Med. – 2010. – Vol. 152(5). – P. 276-286.
13. Baggish A.L., Wood M.J. Athlete's heart and cardiovascular care of the athlete: scientific and clinical update. // Circulation. – 2011. – Vol. 123. – P. 2723–2735.
14. To A.C.Y., Dhillon A., Desai M.Y. Cardiac Magnetic Resonance in Hypertrophic Cardiomyopathy // J Am Coll Cardiol Img. – 2011. - Vol. 4 (10). – P. 1123-1137.
15. Silvia G. Priori S.G., Carina Blomstrom-Lundqvist C., Mazzanti A., et al. 2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death // European Heart Journal. – 2015. – 87 p.

Исмоилов Д., 1-босқич

ТАЛАБАЛАРНИНГ ЕНГИЛ АТЛЕТИКА ДАРСИДА ЖИСМОНИЙ СИФАТЛАРИНИ РИВОЖЛАНТИРИШНИНГ ТАҲЛИЛИ

Илмий раҳбар: асс. Хидоятлов Ш.Ш.

Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти. Ўзбекистон
Халқ таъбири, спорт тиббиёти ва касб касалликлари кафедраси

Енгил атлетика дарсларини жисмоний ҳамда техник-тактик тайёргарликни шакллантирувчи машқлар юкламаларини шуғулланувчилар ёши, жинси ва психофункционал имкониятларига мос тартибда қўллаш келажакда мустаҳкам соғлиққа эга юқори малакали спортчиларни тарбиялаш самарадорлигини оширишга қаратилди.

Талабаларнинг жисмоний маданият ва спорт фанидан енгил атлетика дарсларида чидамлилиқ, тезкорлик ва куч сифатларини ривожланганлик даражасини таҳлил қилиш.

Енгил атлетика дарслари жараёнида спортча юриш, узунликка сакраш, ўрта масофага югуриш, граната улоқтириш ва кросс югуриш турларини ўргатиш орқали жисмоний ривожланишини оширишга:

Енгил атлетиканинг спортча юриш ва кросс (3000м) югуриш турлари орқали чидамлилиқ сифатини ривожлантириш.

Енгил атлетиканинг улоқтириш турларида (граната) куч сифатларини ривожлантириш.

Енгил атлетика дарсларида ўрта масофага 100 м югуриш турлари орқали тезкорликни ривожлантириш.

Ўтказилган тадқиқот натижаларига кўра талабаларнинг жисмоний тайёргарлик даражаси тадқиқот охирига келиб сезиларли даражада ўсганлиги кузатилди. Тадқиқот якунида талабаларни жисмоний тайёргарлигини аниқловчи тест натижалари шуни кўрсатдики тезкорлигини аниқловчи 100 м. масофага югуришда 115 ва 117 гуруҳларда 4,9% ўсиш кузатилди. Энг паст кўрсаткич 109 гуруҳда 2,4% га ўсганлиги кўриш мумкин.

Чидамлилигини аниқлаш бўйича ўтказилган 3000 м.га югуриш машқида энг юқори даражада 5,8% га, энг паст натижа 4,2% 113 гуруҳда қайт этилди.

Граната улоқтиришда 115 гуруҳ талабалари 6,8% га ўсган. Ушбу тест бўйича энг паст кўрсаткич 109 гуруҳда 5,4% ни ташкил қилган.

Югуриб келиб узунликка сакрашда энг юқори натижа 8,7% га 113-гуруҳ 4,7% га тенг бўлган.

Талабаларининг жисмоний тайёргарлиги енгил атлетика дарсида ўрта даражада эканлиги аниқланди ва енгил атлетика турларини техникасини эгаллаш ҳам шунга мос эканлигини айтиш мумкин. Дарсларни умумий босқичларда олиб бориш давомида амалий кўникмаларни эгаллаш, жисмоний юкламаларга мослашиш уларнинг дарсларда алоҳида бўлиб машқларни бажариш, имитатсия машқларини кўпроқ бажариши, дарсларда талабаларнинг жисмоний тайёргарлик даражаси яхши томонга ўзгарганида кўриш мумкин. Дарслар давомида берилган махсус машқлар талабаларга жисмоний тайёргарлик даражасини яхшилаш билан биргаликда енгил атлетика турлари техникасини эгаллашда катта имконият берганлиги тадқиқотлар давомида аниқланди. Чидамликни ривожлантиришда паст-баланд жойларда югуриш, кросс югуриш, такрорий югуриш ҳамда ўзгарувчан югуришни амалий тайёргарлик билан ва ўз имкониятларини бутун масофага тақсимлаш кўникмалари билан уйғунлаштириб қўллаш ижобий натижалар беради.

Муталибов З., 5-босқич

ВОЛЕЙБОЛЧИЛАРДА САКРОВЧАНЛИК СИФАТИНИ МАХСУС ҲАРАКАТЛИ ҲИЙНЛАР ЁРДАМИДА ШАКЛЛАНТИРИШ

Илмий раҳбар: асс. Қазоқов С.Р.

Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти. Ўзбекистон
Халқ таботати, спорт тиббиёти ва касб касалликлари кафедраси

Мақсад. Ёш волейболчиларда сакровчанлик ва уни таъминловчи кинематик омилларни амалдаги Абалаков усули ёрдамида ўрганиш.

Материал ва услублар. Сакровчанликни назорат қилиш ва баҳолаш мақсадида ишлаб чиқилган технологик асбоб синовдан ўтказилди.

Натижалар. 4 ой давомида анъанавий мазмунли машғулотларда шуғулланиб келган НГ да сакровчанлик 0,8-1,3 см. га ўсди ҳалос, ТГ да эса ушбу кўрсаткич 5,0-6,3 см. гача ортганлиги кузатилди. Сакраш чидамкорлиги НГ да 1,3 марта, ТГ да 7,1 марта ўсганлиги билан фарқланди. Тажриба давомида яратилган асбоб-мослама ва ноанъанавий тестларни қўллаш натижасида шу нарса исботландики, сакраб ижро этиладиган ўйин усулига мос сакраш техникасига ўргатиш, сакраш баландлиги ва сакраш чидамкорлигини ривожлантиришда аэрокинematик элементлар интеграциясига эътибор қаратиш сакраш ҳаракатининг барча кўрсаткичларини янада юксакроқ намойиш этишига асос бўлади.

Сўнгги йилларда волейбол бўйича чоп этилган манбааларда сакраб ижро ўйин усулларига хос сакраш техникаси координацияси, кинематик ва аэродинамик элементларига асосланиш масалалари очиб берилмаганлиги аниқланди. Биз томонимиздан сакровчанлик кўрсаткичларини баҳолаш мақсадида яратилган асбоб-мослама ва ноанъанавий тестлар жорий тадқиқотлар ҳамда педагогик тажриба давомида сакраш баландлиги ва сакраш техникасини таъминловчи ўта муҳим кинематик ҳамда аэродинамик элементлар ролини очиб беришга имкон яратди. Жумладан, сакраш учун дебсиниш вақтида ўнг ва чап оёқнинг асимметрик нисбатда ривожланган портловчи кучи – сакраш баландлиги ва сакраш техникасига салбий таъсир кўрсатиши аниқланди. Тажриба давомида яратилган асбоб-мослама ва ноанъанавий тестларни қўллаш натижасида шу нарса исботландики, сакраб ижро этиладиган ўйин усулига мос сакраш техникасига ўргатиш, сакраш баландлиги ва сакраш чидамкорлигини ривожлантиришда аэрокинematик элементлар интеграциясига эътибор қаратиш сакраш ҳаракатининг барча кўрсаткичларини янада юксакроқ намойиш этишига асос бўлади.

Хулоса. Олинган натижалар ва уларга асосан эътироф этилаётган хулосаларга мувофиқ волейболга ўргатиш назарияси ва амалиётига “сакраш техникаси ва тактикаси”, “сакровчанлик ва сакраш чидамкорлигини таъминловчи аэрокинematик элементлар” деган тушунчаларни махсус атама сифатида киритиш таклиф этилади.

Ҳакимова М., 5-босқич

ЮЗ ГЕМИПЛИГИЯСИ КАСАЛЛИГИДА ИГНАРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯНИНГ САМАРАДОРЛИГИНИ ЎРГАНИШ

Илмий раҳбар: асс. Ҳамроева Ю.С.

Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти. Ўзбекистон
Халқ тиббиёти, спорт тиббиёти ва касб касалликлари кафедраси

Неврологик касалликлар орасида юз гемиплигияси касаллиги кенг тарқалган касалликлардан бўлиб, тиббиётнинг асосий муаммоларидан саналади. Мазкур касалликни медикаментоз йўл билан даволашда яллиғланишга қарши ва антибиотик дори гуруҳлари воситаларидан фойдаланилади. Аммо биз биламизки, бу дори гуруҳи воситаларининг ноўй

таъсирлари анчагина. Жумладан: аллергик реакциялар, ошқозон ичак трактининг зарарлаши, дисбактериоз ва бошқа турли система, органларнинг ҳар хил кўринишларда зарарланишлари. 3 шохли нерв невралгиясини даволашда, эффе́ктивлиги юқори, ножўя таъсирлари бўлмаган ва бемор учун иқтисодий фойда бўла оладиган усул сифатида игнарефлексотерапининг самарадорлигини ўргандик. Ҳозирги кунда рефлексотерапия периферик ва марказий нерв системаси касалликларида кенг қўлланилиб келинмоқда.

Мақсад. Юз гемиплегияси касаллигида игнатерапия усулининг самарадорлигини ўрганиш.

Материал ва услублар. Бухоро шаҳар кўп тармоқли тиббиёт марказининг физиотерапия бўлимида 15 нафар юз гемиплегияси касаллиги билан келган беморларга игнарефлексотерапия усулида даволаш олиб борилди. Даво курси 10-12та муолажани ташкил этди. Бунинг учун дастлаб, соғлом соҳанинг қуйидаги нуқталарга тормозловчи, зарарланган соҳанинг айнан шу нуқталарига қўзғатувчи таъсир этиб, игнатерапия ўтказилди. 2 E, 4 E, 5 E, 6 E, 14 VB, 9 PC, 19 GI,

Натижа. Давонинг самарадорлиги касалликнинг шакли ва оғирлигига боғлиқ. 4 нафар беморда давонинг 4 кунидан, 6 нафар беморда давонинг 6-7 кунларидан касаллик белгиларининг камайганлиги қайд этилди. 10 нафар бемор даво курсининг охиригача тўлиқ тузалди. 5 нафар беморда эса гемиплегия белгилари турли кўринишларда сақланиб қолди. Давонинг 2-этапидан сўнг бу беморларда ҳам клиник белгилар тўлиқ бартараф бўлди.

Хулоса. Хулоса қилиб айтганда, юз гемиплегияси касаллигида игнатерапия самарали усуллардан бири ҳисобланади. Игнатерапия усулининг юқори самарадорлиги, давомийлиги ва турғунлиги, универсаллиги, индивидуал ёндашиш имконининг мавжудлиги, зарарсиз эканлиги унинг кўпгина терапевтик касалликларда, жумладан юз гемиплегияси касаллигида ҳам нечоғли аҳамиятли эканлигини билдиради. Оилавий поликлиника шароитида ҳам мазкур усулни қўллаш тавсия этилади.

14-СЕКЦИЯ. МОРФОГЕНЕЗ И РЕГЕНЕРАЦИЯ

Абдуллаева А.А., 1-курс

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОКСИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА МАТЕРИ НА СТАНОВЛЕНИЕ ПЕЧЕНИ ПОТОМСТВА В РАННЕМ ПОСТНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Научный руководитель: к.м.н. Хасанов Б.Б.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.
Узбекистан

Кафедра гистологии и медицинской биологии

Вопросы охраны материнства и детства являются важнейшей задачей современной медицины. Дальнейшие успехи в этой области связаны с тщательным изучением влияния внешних факторов на развитие плода и потомства. Известно, что потомство многих видов млекопитающих, в том числе и человека, является незрело-рожденным, а следовательно роль пищеварительной системы, и в первую очередь печени, имеет большое значение для адаптации новорожденного в период раннего постнатального онтогенеза.

Цель. Изучение морфофункциональных особенностей печени в раннем постнатальном онтогенезе у потомства полученных от матерей с хроническим гелиотринным гепатитом (ХГГ).

Материал и методы. В работе использованы 2 группы крысят, полученных от здоровых самок и самок с хроническим гепатитом ХГГ у самок вызывали до спаривания путем многократного введения гелиотрина по схеме. Крысята выводились из эксперимента на 1, 3, 7, 14, 21 и 30 сутки после рождения, после эфирного наркоза путем декапитации. Исследованы образцы печени с помощью морфологических методов исследования.

Результаты. Установлено, что ХГГ у матери способствует значительному замедлению темпов постнатального становления печени у потомства. У новорожденных крысят отмечаются гемо микроциркуляторные нарушения в виде полнокровия вен и синусоидальных гемо капилляров. Вокруг сосудов портального тракта наблюдаются довольно большие очаги экстрамедуллярного кроветворения, главным образом эритропоэза. Темпы восстановления гистоархитектоники долек значительно отстают от контрольных крысят. Дольчатая структура печени у них слабо выражена даже к 15 суткам развития. Одновременно с этим у опытных крысят чаще встречается признаки дезорганизации печеночных балок, которые имеют небольшую длину и извилистый ход. Цитоплазма большинства гепатоцитов имеет мелкозернистую структуру, однако, в опытной группе нередко встречаются клетки с мелко и крупно-вакуольной дистрофией. Следует отметить, что двуядерные гепатоциты значительно реже встречались у опытных крысят, чем в контрольной группе. Уменьшение количества двуядерных и полиплоидных

гепатоцитов указывает на снижение активности в печеночных клетках, скорее всего обусловленное токсическим воздействием хронического гепатита матери при беременности и последующей лактации, с другой стороны на снижение митотической активности органа, а следовательно на снижение адаптационно – приспособительных механизмов при хронической интоксикации что, по-видимому, и способствует отставанию в развитии печени потомства в раннем постнатальном онтогенезе. И, наконец, в опытной группе животных очаги кроветворения сохраняются дольше и обнаруживаются вплоть до 15 суток постнатального развития.

Выводы. Таким образом, у самок крыс с экспериментальным хроническим гепатитом, рождается потомство, с существенным замедлением темпов структурно-функционального развития и снижением адаптационных возможности печени потомства в динамике раннего постнатального онтогенеза.

Ан К.И., 4-курс

**РЕГУЛЯТОРНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ГЕНА SRC В ТРАНСФОРМАЦИИ
ЭПИТЕЛИЯ ЖЕЛЕЗЫ ГАРДЕРА ПРИ ИНВОЛЮЦИИ СУМКИ
ФАБРИЦИУСА В ПЕРИОД НАЧАЛА ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ У
ПТИЦ**

Научные руководители: асс. Боков Д.А.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская
Федерация

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

SRC – протоонкоген, белковыми продуктами которого являются фосфорилирующие тирозинкиназы, модулирующие рецепторы к регуляторным цитокинам. Доказана роль гена SRC в развитии солидных эпителиальных опухолей с плохим прогнозом. Морфогенетическими эффектами экспрессии гена SRC являются увеличение пролиферации, повышение уровня выживаемости клеток, вероятно, эпителио-мезенхимальный переход; также контролируется синтез Е-кадгерина [2-3]. Регуляторное значение гена SRC, его исторически обусловленная роль в определении тканевой динамики на сегодняшний день не установлены.

Цель работы – установить связь экспрессии гена SRC и интенсивной трансформации эпителия железы Гардера птиц при заселении органа иммунocyтaми в период начала полового созревания.

С использованием обзорных светооптических (окраска гематоксилином Майера и эозином), гистохимических (окраска ШИК и метиловым зелёным пиронином), иммуногистохимических (использование моноклональных антител к белковым продуктам гена SRC) гистологических и морфометрических методов изучали перестройку бursы и железы Гардера у птиц (N=50) в возрасте 120 суток (*fam. Anatidae*). Установлено, что завершение инволюции сумки Фабрициуса связано с полным освобождением органа от иммунопoэтических гистионов. При этом, складки слизистой оболочки становятся

многочисленными и истонченными, увеличивается доля фиброзной ткани и объём собственной пластинки, эпителий на поверхности складок трансформируется из однорядного кубического в псевдомногослойный. Железа Гардера интенсивно заселяется иммунocyтaми (объёмная плотность лимфоидной ткани увеличивается с $9,2\pm 0,4\%$ до $16,4\pm 0,5\%$; $n=6750$; $t=4,29 > t_{0,001}=3,46$; $p\leq 0,001$), в скоплениях которых преобладают плазматические клетки. Лимфоциты заселяют строму. При этом, концевые отделы желёз разрушаются, а вокруг скоплений лимфоцитов разрастается *нежелезистый эпителий* (НЖЭ). О трансформации эпителия свидетельствует наличие большого количества бластных эпителиоцитов с высоким ядерно-цитоплазматическим отношением, высокой долей эухроматина в ядре и слабой оксифилией цитоплазмы. НЖЭ характеризуется выраженной ШИК-позитивностью и наличием большого количества SRC⁺ клеток. Очевидно, что данный феномен соответствует изменению соотношения дифферонов гетерогенного эпителия [1] органа. Экспрессия гена SRC в НЖЭ, вероятно, демонстрирует его регуляторную роль в тканевой динамике НЖЭ и определяет возможности адаптации железы Гардера к заселению иммунocyтaми, формирование В-инклюзивных гистионов и повышение иммунорепондентного статуса органа.

Список литературы

1. Payne A.P. The harderian gland: a tercentennial review // Journal of anatomy. – 1994. – Vol. 185. – P. 1-49.
2. Parsons S.J., Parsons J.T. SRC family kinases, key regulators of signal transduction // Oncogene. – 2004. – 23. – P. 7906-7909.
3. Sirvent A., Benistant C., Roche S. Oncogenic signaling by tyrosine kinases of the SRC family in advanced colorectal cancer // American Journal of Cancer Research. – 2012. - #2(4). – P. 357-371.

Бадиева Д.С., 3-курс

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛИМФОИДНЫХ СТРУКТУР ТОНКОЙ КИШКИ КРЫС В НОРМЕ И ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ БИОСТИМУЛЯТОРА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ

Научный руководитель: асс. Хасанова Д.А.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.
Узбекистан

Кафедра анатомии, клинической анатомии (ОХТА)

Лимфоидная система, в первую очередь ответственная за организацию иммунитета индивида, занимает все большее место в современных исследованиях. Социально-экологические факторы приводят к прогрессирующему росту числа заболеваний человека и животных и актуализируют все в большей степени проблему лечения и рассмотрения лимфоидной системы как функционально важной единицы, и в плане

предложенной формы: лимфоидная система не может не реагировать на различные экзогенные факторы.

Цель. Изучить морфологические особенности лимфоидных образований лабораторных животных в норме и при воздействии биостимуляторов на фоне хронической лучевой болезни.

Материалы и методы. Проведено экспериментальное исследование на материале тонкого кишечника 120 белых беспородных крыс от 60 до 90 – дневного возраста. Материал распределен на 3 группы. К первой отнесены крысы контрольной группы, ко второй группе - крысы, у которых была вызвана хроническая лучевая болезнь. К третьей группе - крысы, которым вводили в течение 20 дней (с 20 дня излучения) раствор биостимулятора в дозе 0,01 мл/кг в соотношении с дистиллированной водой 1:5 внутривентрикулярно. Тяжесть органопатии оценивали по морфологическим показателям (количеству сгруппированных лимфоидных узелков, количеству узелков в них, общей площади лимфоидных узелков и её процентному соотношению к общей площади кишечника).

Результаты. Количество СЛУ у облученных крыс уменьшается, число узелков в них и размеры СЛУ относительно увеличиваются от начального отдела тонкой кишки к конечному. Форма СЛУ после облучения в отличие от контрольной по продвижению от начальной части к конечной части тонкой кишки меняется от овальной к округлой и неправильной. Увеличивается количество одиночных узелков, чего не наблюдалось у здоровой группы. Со СЛУ покрыта в среднем 2,1% площади тонкой кишки облученных крыс, в отличие от здоровой (2,8%).

Выводы. Эти факты свидетельствуют о снижении функциональной активности лимфоидной ткани кишки после воздействия хронического облучения. Биостимулятор вызывает улучшение функционального состояния механизмов естественной резистентности, усиливает процессы регенерации тканей, стимулирует иммуногенез, вследствие чего повышается сопротивляемость к патологическому воздействию радиации на иммунную систему.

Бакаева Н.М., 3-курс

ВЫБОР СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АТИПИЧНЫХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Научный руководитель: к.м.н. Хожиев Д.Я.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.
Узбекистан

Кафедра анатомии, клинической анатомии (ОХТА)

Выбор способа хирургического лечения больных с атипичными дуоденальными язвами (АДЯ), как показывает анализ литературы, окончательно не решен. Это обусловлено небольшим числом личных наблюдений авторов, занимающихся данной патологией.

Предложены различные методы хирургического лечения этих язв, но не нашли широкого применения такие радикальные вмешательства, как резекция желудка с удалением атипичной дуоденальной язвы.

Цель. Изучить морфологические особенности атипичных дуоденальных язв, определить пути улучшения непосредственных результатов их радикального хирургического лечения.

Задачи исследования:

1. Изучить частоту и структуру осложнений АДЯ.
2. Дать комплексную оценку их типологических особенностей.

Материалы и методы. Обследование больных с АДЯ потребовало использования всего комплекса лабораторно-инструментальных методов исследования, применяемых в современной гастроэнтерологии. Частота АДЯ по нашим данным составила 10,5%. Сопоставив данные операционных находок с результатами рентгенологического обследования 139 больных с АДЯ, мы установили, что правильный диагноз был установлен лишь в 8,63% случаев. Исследование секреторной активности желудка показало наличие гиперсекреторного синдрома у 51,76% (при "обычных" язвах он имел место в 21,4% случаев). Частота обнаружения НР у больных с АДЯ составила 91,3%, и напротив при язвах "обычных" размеров их было 67,9%.

Результаты. Совокупность типологических особенностей атипичных ДЯ позволяет рассматривать их как отдельную группу язв двенадцатиперстной кишки с особым агрессивным течением, значительным удельным весом сочетанных осложнений (87,7%). Специальные морфологические исследования также позволили выявить ряд существенных различий между АДЯ и язвами "обычных" размеров. Это распространенность воспалительно-рубцовых изменений не только по глубине язвенного процесса, выражающееся лимфоидной инфильтрацией, замещением рубцовой тканью мышечного слоя, выраженным отеком, с наличием пленок фибрина серозной оболочки. Развитие фиброзно-воспалительных изменений вокруг язвенного процесса в разных направлениях, вовлекая в процесс близлежащие ткани и органы, приводит иногда к нарушению их структуры и функции, а со стороны слизистой оболочки желудка отмечается гиперплазия клеток, ответственных за фактор агрессии (главные, париетальные), сопровождающаяся гиперсекреторным состоянием желудочного сока.

Выводы:

1. Среди всех оперированных больных с осложненными формами АДЯ дуоденальных язв частота гигантских (2 и более см в диаметре) невелика и составляет по нашим данным 10,5%.
2. От язв "обычных" размеров их отличает более значительная частота осложнений в анамнезе (перфорации – 13,7%, кровотечения – 12,9%), сочетанных осложнений (87,1%), являющихся непосредственными причинами планово производимых операций, низкой локализации язв и сопутствующего дуоденостаза.

3. Альтернативой планового хирургического лечения больных с АДЯ должна быть резекция желудка с радикальным удалением язвы. Консервативная терапия может быть использована только как средство предоперационной подготовки.

4. Улучшение непосредственных результатов резекции желудка при АДЯ связано с широким внедрением терминологических анастомозов и комбинированного использования различных источников лазерного излучения.

Джураева Т., 1-курс

АНАТОМИЯ ЛИМФОИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ КРЫСЫ В РАННЕМ ПОСТНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ И ЕЁ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ЦИМБУША

Научный руководитель: к.м.н., доц. Раджабов А.Б.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.
Узбекистан

Кафедра анатомии, клинической анатомии (ОХТА)

Целью исследования явилось установление возрастных особенностей расположения и распределения лимфоидных образований на протяжении ободочной кишки в норме и при воздействии цимбуша. Исследование проводилось на 217 крысах новорождённого, 6, 11, 16 и 22 – дневного возрастов. Количество крысят в контрольной группе составило 98, в экспериментальной - 119. Сразу же после рождения крысят ежедневно крысам-самкам экспериментальной группы (25%) цимбуш вводился тонким зондом в желудок, ежедневная доза составила 5 МДУ (0,05 мг). Крысам контрольной группы внутрижелудочно вводили дистиллированную воду. Лимфоидные образования выявляли методом Хельмана. Гистологические препараты окрашивали гематоксилин – эозином, по методу Ван-Гизона.

Проведенное исследование показало, что в контроле одиночные лимфоидные узелки определяются с 16 дня в конечном отделе ободочной кишки. В эксперименте одиночные узелки выявлены с 11 дня на всем протяжении ободочной кишки, при этом размеры одиночных узелков и плотность их расположения увеличиваются до 4 раз.

В контроле у новорождённых и 6-дневных крысят количество узелков в лимфоидных скоплениях не определяется, выявляются они с 11 дня. В эксперименте число узелков в скоплениях определяется раньше, начиная с 6 дня (сформированы межузелковые зоны). Лимфоидные скопления у новорождённых имеют округлую (40%) и овальную формы (60%). В контроле, преимущественно преобладают сгруппированные узелки овальной формы. В эксперименте по сравнению с контролем увеличиваются скопления округлой и 4- угольной форм. При сопоставлении площади лимфоидных скоплений с общей площадью ободочной кишки при действии цимбуша отмечено увеличение первой с 1,7 раза на 6 сутки до 5,1 раза на 22 сутки.

Микроскопически установлено, что лимфоидные образования у новорождённых и 6-дневных крысят контрольной группы представлены диффузными скоплениями лимфоидной ткани в виде двухрядных цепочек, цепочек овальной и округлой форм. У 11-дневных крысят определяются узелки с четкими границами. К концу лактационного периода, т.е. к 22 дню сформированы структурно-функциональные зоны без центра размножения.

В эксперименте на всех этапах диффузная лимфоидная ткань сосредоточена преимущественно вокруг сосудов подслизистой основы, в большинстве случаев они располагаются вблизи от дна крипт. На 11-16 сутки эксперимента подэпителиальный слой сплошь заполнен 1-2-рядными продольными цепочками лимфоцитов. Начиная с 6 дня эксперимента определяются лимфоидные узелки, чаще округлой формы, к 16 дню определяются структурно-функциональные их зоны без центра размножения. На 22 сутки эксперимента отмечается тенденция к слиянию узелков с формированием центра размножения.

Таким образом, проведенное исследование показало, что лимфоидные образования на протяжении ободочной кишки и в каждом возрасте имеют свои характерные особенности. В ходе эксперимента выявлено изменение формы лимфоидных скоплений и ускорение процесса формирования их зон, отмечена инфильтрация лимфоцитами вокруг сосудистой зоны и под эпителиального слоя.

Каххоров Ф., 2-курс

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕМЕННИКОВ КРЫС В НОРМЕ, ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ И ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ БИОСТИМУЛЯТОРА

Научный руководитель: асс. Баймурадов Р.Р.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.
Узбекистан

Кафедра анатомии, клинической анатомии (ОХТА)

В современном мире бесплодие уже давно считается проблемой которая касается не только женщин, но и мужчин. Ухудшение показателей сперматогенеза и увеличение частоты патологических состояний репродуктивной системы мужчин связано с влиянием антропогенного загрязнения внешней среды. Но характер этих реакций остается не специфичным.

Цель. Изучить морфологические особенности семенников лабораторных животных в норме, при лучевой болезни, при воздействии биостимуляторов на фоне лучевой болезни в возрастном аспекте до половозрелого возраста.

Материалы и методы. Проведено экспериментальное исследование на материале семенников 198 белых беспородных крыс от 60 дневного до 90 – дневного возраста. Материал распределен на 3 группы. К первой отнесены крысы контрольной группы, ко второй группе - крысы, у которых было вызвано

лучевая болезнь. К третьей группе - крысы, которым вводили в течение 15 дней (с 15 дня излучения) раствор биостимулятора в дозе 0,01 мл/кг в соотношении с дистиллированной водой 1:5 внутривенно.

Результаты и выводы. При воздействии лучевой болезни происходит задержка полового созревания и процесса сперматогенеза. Это проявляется уменьшением толщины сперматогенного эпителия и его рядов, низким показателем индекса сперматогенеза, поздним освобождением просвета извитых семенных канальцев, высокой плотностью ткани семенников и отсутствием или поздним появлением зрелых сперматозоидов. При воздействии биостимулятора (на фоне лучевой болезни) процесс сперматогенеза опаздывает на 10-12 суток, а при воздействии лучевой болезни на 22-28 дней. При воздействии излучения (2-группа, численность 62 крыс) масса семенников по сравнению с контролем отстает на 28%, длина и ширина семенника – на 20%, а объём – на 55%. В группе крыс (3-группа, численность 56 крыс) которым вводили биостимулятор, масса семенников по сравнению с контролем отстает на 17%, длина и ширина семенника – до 5%, а объём -12,0%. По сравнению с группой крыс которая принимала биостимуляторы, при воздействии излучения наблюдается заметное отставание в развитии анатомических параметров семенников, которое и приводит к замедлению процесса сперматогенеза. В контрольной группе (1-группа, численность 80 крыс) темп роста массы семенников в 1,8 раза больше, чем массы тела. При воздействии биостимулятора этот темп уже меньше и равняется 1,71, а при воздействии только лучевой болезни ещё меньше – 1,65. У крыс 2-группы в половозрелом (90дневном) возрасте диаметр извитых семенных канальцев по сравнению с контролем меньше на 23%, площадь их поперечных сечений отстает на 41%, (в группе получавших биостимулятор - 11% и 26% соответственно). Следовательно, биостимулятор уменьшает патологическое действие лучевой болезни на структурные элементы семенников. При воздействии биостимулятора (на фоне лучевой болезни) процесс сперматогенеза опаздывает на 10-12 суток, а при воздействии лучевой болезни на 22-28 дней. Это означает, что, биостимулятор уменьшает патологическое воздействие радиации на репродуктивную систему.

Класен П. Я., 4-курс, Шаенко Ю.В., 4-курс

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАНКРЕАТИЧЕСКИХ ПСЕВДОЦИСТ И ВАРИАНТЫ ИХ РАСПОЛОЖЕНИЕ

Научный руководитель: асс. Лопатенко Д.Е.

Харьковский национальный медицинский университет. Украина

Кафедра хирургии №2

Панкреас это вытянутый, трансверзально расположенный орган в верхней части живота. Основная роль железы составляет продукция пищеварительных ферментов, которые при поступлении в двенадцатиперстную кишку расщепляют пищевых ингредиенты. Кроме этого, панкреас выполняет эндокриную

функцию, которая генерализировано влияет на метаболизм. Панкреас-псевдоциста – представляет собой заполненную жидкостью камеру, состоящую из коллагена и грануляционной ткани без выстиляющей эпителиальной оболочки, которая возникает после перенесенного острого (20,0-50,0%) или хронического (более 50,0%) панкреатитов. Следует отметить, что у 15,0% пациентов возникает более 1 псевдоцисты.

Цель. На основании анализа литературных данных описать морфологические особенности строения псевдоцист и их расположения.

Результаты. Псевдоцисты локализуются интрапанкреатически или перипанкреатически. Интрапанкреатические жидкостные образования располагаются в: головке поджелудочной железы (ПЖ), теле ПЖ и хвосте ПЖ. Морфологически они состоят из фиброзной панкреатической ткани. Перипанкреатические псевдоцисты состоят из панкреатической ткани и близлежащих анатомических структур, таких как желудок, двенадцати перстная кишка, поперечноободочная кишка, общий желчный проток, печень, селезенка и сосудов верхней части брюшной полости (брюшная часть аорты и нижняя полая вена). Они могут располагаться в забрюшинном пространстве, ближе к головке ПЖ и в некоторых случаях медиастенально (ретрокардиально), также могут прилежать к диафрагме. Следует помнить, что при разрыве псевдоцисты, ее содержимое может поступать в полый орган через панкреатически-билиарные ходы или в брюшную полость через foramen omentale и приводить к панкреатическому перитониту. При выраженных размерах псевдоцисты и ее локализации в теле или хвосте ПЖ у 10,0% больных отмечается спленомегалия с гиперспленизмом. При компрессии левой почечной вены и левой семенной вены возникает варикоцеле. В редких случаях, псевдоцисты инфицируются бактериальными штаммами и приводят к абсцедированию с выраженным сепсисом.

Выводы. Морфологическое строение и особенности локализации псевдоцист поджелудочной железы указывают на необходимость профессионального владения анатомии данной области, понимания взаимосвязи расположенных рядом структур, влияние на рядом лежащих органов, для оценки полного объема хирургического вмешательства, с целью понижения летальности.

Кубагушева А.Н., асс.

ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОБЛАСТИ ПЛЕЧЕВОГО ПОЯСА И СВОБОДНОЙ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ В ПРОМЕЖУТОЧНОМ ПЛОДНОМ ПЕРИОДЕ ОНТОГЕНЕЗА ЧЕЛОВЕКА

Научный руководитель: д.м.н., доц. Галеева Э.Н.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская
Федерация

Кафедра анатомии человека

В клинической медицине широко применяются и внедряются современные методы диагностики и лечения плода человека, где исследование конечностей является необходимым условием в плодный период развития.

Цель. Определение особенностей топографии и анатомии области плечевого пояса и свободной верхней конечности в промежуточном плодном периоде онтогенеза человека.

Материал и методы. Для исследования материалом послужили верхние конечности 20 плодов человека в возрасте 19-22 недель гестации. Согласно современной Международной эмбриологической терминологии (2014) указанный возраст соответствует промежуточному плодному периоду. В работе использованы методы: макромикроскопического препарирования, морфометрии и статического анализа.

Результаты. На 19-22 неделе у плода визуализируются свободные верхние конечности, находящиеся в состоянии супинации. Определяются мышцы плечевого пояса и области плеча, где мышцы хорошо визуализируются, а фасции развиты недостаточно. Выражены мышцы задней группы плечевого пояса: дельтовидная, надостная, подостная, малая круглая и большая круглая, а также мышцы передней группы плечевого пояса (большая, малая грудные и клювовидно-плечевая). На передней поверхности плеча определяются мышцы передней группы (двуглавая и плечевая), на задней поверхности – трехглавая мышца плеча. На 19-22 неделе формируются топографические области указанных зон. По передней поверхности плеча в топографических образованиях визуализируются мощные сосудисто-нервные пучки. Отдельно можно выделить головную вену, залегающую в дельтовидно-грудной борозде. На задней поверхности плеча определяется плечемышечный канал, с лучевым нервом и сосудами. Определены границы подмышечной впадины, детально рассмотрены анатомические образования с расположенными в ней ветвями плечевого сплетения (лучевой, срединный, локтевой, мышечно-кожный, медиальные кожные нервы плеча и предплечья), подмышечной артерией и венами, а также группой единичных лимфатических узлов.

Выводы. В заключение следует отметить, что в изученном периоде онтогенеза человека мышцы, сосуды, нервы достаточно хорошо развиты. Полученные данные дополняют сведения по возрастной анатомии человека.

Павлов В.А., аспирант

ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПРОМЕЖУТОЧНОМ ПЛОДНОМ ПЕРИОДЕ ОНТОГЕНЕЗА ЧЕЛОВЕКА

Научный руководитель: д.м.н., проф. Галеева Э.Н.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская
Федерация

Кафедра анатомии человека

Несмотря на значительные достижения в диагностике врожденных аномалий у детей, сохраняется высокая доля не выявленных во время беременности пороков развития тех или иных органов или систем органов ребенка. Кроме того, знания особенностей формирования органов во внутриутробном периоде являются важным фундаментом для поисков путей возникновения врожденных аномалий [1]. Также, необходимость в данных знаниях продиктована и развитием молодого направления в хирургии, фетальной хирургии, благодаря которой стало возможным оперативное лечение врожденных аномалий развития ребёнка ещё во внутриутробном периоде. К ним относятся и аномалии развития поджелудочной железы. Диагностика данных аномалий разработана недостаточно и зачастую является находкой хирурга во время операции. Так, например, описаны лишь немногие случаи диагностики кольцевидной поджелудочной железы [2]. Причём, в ходе работы с литературными источниками выявлено, что поджелудочная железа является одним из мало освещенных органов в разрезе особенностей формирования во внутриутробном периоде [3,4,6].

Цель. Получение данных по анатомии и топографии поджелудочной железы плодов человека в возрасте 16-22 недели онтогенеза.

Материалы и методы. В работе использованы 10 плодов человека обоего пола в возрасте от 16 до 22 недель онтогенеза. Согласно Международной эмбриологической терминологии, изучаемый период онтогенеза соответствует промежуточному плодному периоду [5]. Исследование проводилось посредством макромикроскопического препарирования, гистотопографического метода и распилов торса плода по Н.И. Пирогову в трех взаимоперпендикулярных плоскостях.

Результаты. При отведённой передней брюшной стенке поджелудочная железа внешнему обзору недоступна, поскольку прикрыта левой долей печени, телом желудка, участком поперечной ободочной кишки. Для визуализации железы производилось иссечение левой доли и фрагмента правой доли печени, удаление желудка, иссечение участка поперечной ободочной кишки. Было выявлено, что во всех случаях поджелудочная железа имеет изогнутую форму, сформированную головку, тело и обрубленную форму хвоста. Железа имеет мелкодольчатую структуру и серо-розовую окраску. В ряде наблюдений (20%) поджелудочная железа обладает бледно-серым окрасом, головка железы представлена конгломератом из четырёх бугорков, что свидетельствует о затянувшихся процессах формирования поджелудочной железы, так как согласно данным литературы окончательное формирование органа происходит к концу 8-ой недели [3]. Кроме того, в одном из данных случаев отмечаются массивные по размерам желчный пузырь и общий печёночный проток.

В ходе исследования было определено, что поджелудочная железа располагается от левой окологрудной линии до левой переднеподмышечной линии, на уровне X-XII ребёр, в проекции Th_x-L₁, направлена кпереди назад, снизу вверх, под углом 40-45° к позвоночному столбу. При макроскопическом

исследовании определяются тесные топографо-анатомические контакты поджелудочной железы с органами брюшной полости плода (селезёнка, желудок, петли двенадцатиперстной кишки). Своей передней поверхностью железа плотно прилегает к задней поверхности желудка, преимущественно телом и хвостом, головка железы подковообразно охватывается двенадцатиперстной кишкой, примыкающей к задней поверхности желчного пузыря. При макроскопическом исследовании желудок визуализируется между левой околорудинной и левой среднеключичной линиями. Передней поверхностью желудок прилежит к левой доле печени. Верхняя часть задней поверхности, дно и верхняя треть большой кривизны желудка плотно контактируют с селезенкой. Книзу от желудка располагаются петли тонкой и поперечно-ободочной кишок, искривляясь «Z»-образно. Хвост железы во всех случаях направлен в сторону ворот селезёнки, практически соприкасаясь с поверхностью органа, который располагается на уровне верхнего края тела Th_{viii} – верхнего края тела Th_{xi} позвонков. Селезёночный изгиб ободочной кишки прилежит к висцеральной поверхности и переднему полюсу органа. Сверху и медиально селезёнка контактирует с задней стенкой и большой кривизной желудка, снизу – тесно прилежит к левому надпочечнику, образуя в данном участке характерное углубление. Верхний край селезёнки отделен от диафрагмы левой долей печени. Между воротами селезёнки, хвостом поджелудочной железы и желудком располагаются петли большого сальника.

Выводы. Таким образом, на протяжении промежуточного плодного периода онтогенеза человека осуществляются тесные топографо-анатомические взаимоотношения поджелудочной железы с органами брюшной полости, что следует учитывать при проведении УЗИ и МРТ исследований плода. Полученные данные по анатомии и топографии поджелудочной железы плодов в возрасте 16-22 недель онтогенеза человека могут служить важным источником информации для развивающейся фетальной хирургии, а также позволят расширить диагностическую значимость пренатального скрининга.

Список литературы

6. Галеева Э.Н. Закономерности становления топографии и анатомии лимфоидной системы грудной и брюшной полостей в промежуточном плодном периоде онтогенеза человека и их прикладное значение: Автореферат диссертации доктора медицинских наук. Оренбург. 2016. С. 42.
7. Веселый С.В., Климанский Р.П., Латышов К.В. Кольцевидная поджелудочная железа, ассоциированная с torch-инфекцией // Здоровье ребёнка. 2015. Т 61. №2. С. 193-195.
8. Ахтемийчук Ю. Т. Эмбриографические взаимоотношения поджелудочной железы с органами забрюшинного пространства // Морфология. 1997. Т. 112. № 4. С. 75 – 78.
9. Ульяновская С.А. Вариантная анатомия поджелудочной железы человека на ранних этапах онтогенеза // Фундаментальные исследования. 2013. №7. С. 416 – 418.

10. Молдавская А.А., Савищев А.В. Морфогенез и функциональная анатомия поджелудочной железы на этапах онтогенеза // Научные ведомости. 2011. Т. 105. № 10. С. 124 – 126.

11. Kivilevitch Z., Achiron R., Perlman S., Gilboa Y. The Normal Fetal Pancreas // Ultrasound Med. 2017. Т. 36. №10. P. 1997 – 2004.

Сулейманова Г., 5-курс

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ КЛЕТОЧНЫХ ИММУННЫХ РЕАКЦИЙ НА ГИАЛУРОНИДАЗУ

Научный руководитель: к.м.н., доц. Сулейманов С.Ф.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.

Узбекистан

Кафедра микробиологии и фтизиатрии

Цель. Изучение специфических клеточных иммунных реакций на HyaI. в эксперименте у мышей.

Материал и методы. В экспериментах использовали мышей-гибридов (СВАхС57В1/6)F1 с массой 18-24 г. В качестве антигена (Аг) применили HyaI. фирмы «Serva Finebiochem.». HyaI. растворяли 0,9% растворе NaCl. Мышей иммунизировали следующим образом: HyaI., HyaI. в комплексе с полиоксидонием (ПО), HyaI. в комплексе сульфатом декстрана (СД) («Sigma Chem. Co»), эмульсией HyaI. в полном адьюванте Фрейнда (ПАФ) («Calbiochem») п/к в основание хвоста, через 1 месяц повторяли иммунизацию. Вторичную иммунизацию проводили точно также, как и первичную из расчёта 10 мкг HyaI./ мышь. Доза СД составляла 300 мкг, ПО - 200 мкг на мышь. Интенсивность реакции гиперчувствительности замедленного типа (ГЗТ) оценивали по Magiel-Plotkowski M.S. et al. (1987) по величине индуцированного HyaI. отёка подушечек задних лапок. Для учета ГЗТ разрешающую микроинъекцию HyaI. производили внутрикожно в дозе 50 мкг HyaI. в 20 мкл 0,9% стерильного раствора NaCl в подушечку левой задней лапки подопытных и контрольных мышей. В правые лапки вводили 20 мкл NaCl. Через 24 ч с помощью микрометра измеряли толщину левой и правой лапок. За величину отёка (ВО) принимали разницу между средними величинами толщины левой и правой лапок. **Индекс отёка (ИО)** вычисляли по формуле: $ИО = (ВО_{оп} - ВО_{к}) / ВО_{оп}$, где $ВО_{оп}$ – величина отёка в опытной группе, $ВО_{к}$ - величина отёка в контрольной группе.

Результаты. HyaI. обладала весьма низкими Аг свойствами: ВО в клеточных реакциях ГЗТ изменялась от 0,02 мм до 0,05 мм, а максимальный уровень клеточного ответа (Т-эффекторы ГЗТ) на HyaI. приходился на 4 нед. вторичного иммунного ответа (ИО=1,6). Полианион HyaI.+СД усиливал Т-клеточные реакции, специфичные в отношении HyaI. ВО изменялась от 0,07 мм до 0,09 мм. Максимальный уровень клеточной реакции ГЗТ приходился на 2 нед. вторичного иммунного ответа (Т-эффекторы ГЗТ), когда ИО составил 8,0. С помощью ПО не удавалось индуцировать специфическую реакцию ГЗТ на

данный Аг – ВО изменялась от 0,02 мм до 0,03 мм, а пик клеточного иммунитета с ИО = 2,0 приходился на 2 нед. вторичного ответа. Иммунизация мышей Нуал. в ПАФ способствовала усилению клеточных иммунных реакций. ГЗТ с ВО 0,09 – 0,17 мм, что было в 2–8 раза больше по сравнению с клеточным ответом у мышей, иммунизированных только Нуал. При этом в данной группе ИО достиг своих максимальных значений и изменялся в пределах 7,5–15,0.

Полученные нами экспериментальные данные свидетельствуют о том, что полианион СД действительно оказывает значительное иммуноадьювантное действие на иммунную систему мышей в отношении Аг Нуал.

Выводы. С помощью полиионов можно вполне индуцировать клеточные иммунные реакции на Нуал. СД в отличие от ПО оказался более эффективным иммуноадьювантом к Нуал. По своим иммуногенным свойствам СД приближался к ПАФ. Эти положения могут быть вполне использованы для создания эффективной защиты против паразитов, в частности при конструировании искусственных антигенов (вакцин) на основе антигена Нуал. и полиионов, обладающих высокой иммуногенностью и вместе с тем не имеющих побочных действий.

Тихомирова А.А., 5-курс, Золотарева А.С., 5-курс, Вуколова В.А., 5-курс
**МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТЕНКИ АРТЕРИОЛ ПРИ
ИНСУЛЬТЕ**

Научные руководители: к.м.н., доц. Миханов В.А., к.физ.-мат.н., асс. Климов А.В.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская
Федерация

Кафедра патологической анатомии, кафедра биофизики и математики

На сегодняшний день острые нарушения мозгового кровообращения занимают одно из лидирующих мест в структуре инвалидизации и смертности пациентов в неврологической практике. Согласно имеющимся данным, наиболее частым этиологическим фактором возникновения инсульта является артериальная гипертензия. При данной патологии наблюдается сужение просвета сосудов, гипертрофия мышечного слоя. В сосудах более мелкого калибра-артериолах наблюдается преимущественно гиалиноз или артериолосклероз.

Однако, на сегодняшний день недостаточно данных, детально описывающих морфологические изменения стенок артериол при различных типах инсультов.

Цель: описать особенности толщины стенки сосудов при различных видах инсульта в зависимости от локализации патологического очага.

Задачи настоящей работы:

1. Определить толщину стенок и диаметр артериол в пределах очага поражения и в интактных тканях головного мозга;

2. Установить наличие зависимости между толщиной стенки сосуда и видом инсульта.

Материалы и методы. Морфологический материал для исследования был получен из патологоанатомического отделения ГАУЗ «Оренбургская районная больница». Изучались гистологические срезы головного мозга умерших пациентов с диагнозом: “внутричерепное кровоизлияние” и “ишемический инфаркт мозга”. Фотографии сделаны с помощью микроскопа и компьютерной программы ImageView. Суммарно изучались гистологические материалы 10 пациентов, общее количество сделанных фотографий – 222. Срок смерти пациентов – через 3-5 дней после перенесенного инсульта. В программе ImageView были рассчитаны диаметр артериолы и толщина и ее стенки, выведен условный коэффициент (УК), являющийся отношением толщины стенки артериолы к ее диаметру. Полученные данные были проанализированы в программе STATISTICA с помощью U-критерия Манна-Уитни.

Результаты. Согласно U-критерию Манна-Уитни, толщина стенки артериол в пределах лейкоцитарной инфильтрации достоверно отличается от толщины стенки артериол за пределами лейкоцитарной инфильтрации ($P = 0.03$).

Среднее значение условного коэффициента в пределах очага лейкоцитарной инфильтрации – 0,226. Медиана – 0,225. Коэффициент вариации – 12,4. Среднее значение условного коэффициента за пределами очага лейкоцитарной инфильтрации – 0,176. Медиана – 0,185. Коэффициент вариации – 16,85. Достоверных различий условного коэффициента у пациентов, перенёсших геморрагический инсульт и ишемический инфаркт мозга не выявлено.

Выводы. Существует достоверная разница между толщиной артериол в пределах лейкоцитарной инфильтрации и за пределами очага. Данный факт нуждается в дополнительном изучении и оценке качественного состояния стенки артериол.

Хайруллаева У., 2-курс

МОРФОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ В I-II ПЕРИОДЕ ДЕТСТВА ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ

Научный руководитель: асс. Темирова Н.Р.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.
Узбекистан

Кафедра анатомии, клинической анатомии (ОХТА)

Цель. Изучить ультразвуковую анатомию и морфометрические особенности щитовидной железы у детей, проживающих в Бухарской области.

Материал и методы.

- измерение массы щитовидной железы в группах от 1 до 17 лет
- пальпация щитовидной железы

– метод вариационной статистики с использованием таблиц Стрелкова и определением t-критерия Стьюдента

Результаты. Изучение конституционального состава в исследуемых группах показало, что в группах детей возраста 1-17 лет установлена сильная отрицательная корреляционная связь, указывающая на снижение частоты встречаемости ЩЖ смешанного типа с увеличением возраста детей. Исследование динамики изменения массы ЩЖ за период с 22-х до 40 недель гестации в перинатальном, неонатальном периодах показало, что АМ органа возрастала более чем в 2 раза. АМ ЩЖ у детей первого и второго полугодия жизни достоверно не увеличивалась (соответственно $1.43 \pm 0,08$ г и $1,63 \pm 0,23$ г). Удвоение АМ органа приходилось на периоды школьного возраста. Следовательно, наиболее активным периодом роста ЩЖ является школьный возраст, совпадающий с началом пубертатных гормональных перестроек, физиологическим усилением функции ЩЖ, а нередко с формированием ювенильной струмы. Изучение ОМ ЩЖ у плодов, детей неонатального и грудного периодов в зависимости от морфофункционального типа строения установило, что максимальный показатель регистрировался при десквамативном варианте - $0,047 \pm 0,002\%$, наименьший - при фолликулярно-коллоидной организации $0,041 \pm 0,001\%$. Масса ЩЖ в 1,5 раза превышающая средний показатель для каждой возрастной группы была зарегистрирована у 3,2% мертворожденных и младенцев, что можно трактовать как врожденный эндемический зоб и у 5,36% детей старших возрастных групп. Таким образом, клинические и морфологические данные свидетельствуют о том, что у новорожденных раннего неонатального периода с ЩЖ фолликулярно-коллоидного и смешанного типов гипоксия развивалась еще антенатально, либо имела сочетанный генез, усугубляясь во время родов, и сопровождалась развитием адаптационных механизмов, обеспечивающих оптимальную структурную организацию ЩЖ новорожденные, у которых выявлялся десквамативный вариант ЩЖ, испытывали преимущественно острую кратковременную гипоксию в родах и постнатальную асфиксию, что привело к морфофункциональной перестройке ЩЖ на "аварийный тип секреции".

Выводы:

1. В постнатальной жизни возрастная динамика развития щитовидной железы проявляется увеличением диаметра фолликулов и накоплением коллоида, уменьшением средней высоты и диаметра ядер фолликулярных клеток, снижением объема тиреоидного эпителия, стромального и сосудистого компонентов.

2. Антенатальная гипоксия плодов, асфиксия новорожденных, дыхательная недостаточность грудном возрасте, сердечная недостаточность и шоковые реакции у детей 1-17 лет сопровождаются морфофункциональным напряжением щитовидной железы (десквамацией фолликулярного эпителия, резорбцией коллоида, расстройствами кровообращения).

Халикова М.Н., 4-курс

МИКРОСКОПИЧЕСКИЕ РАЗЛИЧИЯ ЛИМФОИДНЫХ СТРУКТУР ТОНКОЙ КИШКИ КРЫС В НОРМЕ И ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ

Научный руководитель: д.м.н., проф. Тешаев Ш.Ж.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.

Узбекистан

Кафедра анатомии, клинической анатомии (ОХТА)

Иммунная система слизистой желудочно-кишечного тракта является частью иммунной системы индивида. Основной ее задачей является создание эффективного защитного барьера между внешней средой и организмом, а именно на фоне воздействия различных экзогенных агентов. Установлено, что большинство иммунных клеток организма локализовано в слизистой кишечника, что актуализирует проблемы микроскопического изучения структуры лимфоидной ткани кишечника.

Цель. Изучение структурной организации и морфологических особенностей агрегированных лимфоидных узелков тонкой кишки у крыс при моделировании некоторых факторов хронического облучения, а также в разные сроки после окончания этих воздействий.

Материал и методы. Объект исследования-агрегированные лимфоидные узелки подвздошной кишки крыс массой 20-25г. Проведено моделирование длительного воздействия хронического облучения. После окончания воздействий периферические иммунные образования изучали на протяжении восстановительного периода в сроки 15, 30, 60 и 90 суток. Продольные гистологические срезы после визуального определения расположения лимфоидной бляшки подвздошной кишки окрашивали гематоксилином-эозином и по ван Гизону.

Результаты. Изменения клеточного состава лимфоидной ткани пейеровых бляшек в результате последовательного воздействия облучения проявляются полным исчезновением типичных межклеточных ассоциаций, лимфобластов, клеток с картиной митоза, уменьшением содержания лимфоцитов. Наблюдается увеличение процентного содержания дегенеративно измененных клеток. После окончания последовательного хронического облучения (в течение 20 суток, в дозе 0,2 Гр суммарная доза 4,0) тенденция к восстановлению структуры агрегированных лимфоидных узелков наблюдается лишь на 90-е сутки после окончания эксперимента, когда размеры и количество лимфоидных узелков в их составе, абсолютное количество клеток лимфоидного ряда и клеточный состав лимфоидной ткани приближается к контролю. Однако, полного восстановления лимфоидных бляшек в эти сроки не наблюдается.

Выводы. Установлено, что агрегированные лимфоидные узелки подвздошной кишки характеризуются высокой чувствительностью к последовательному действию радиационно фактора, что проявляется в уменьшении абсолютного количество клеток лимфоидного ряда, полным

исчезновением типичных межклеточных ассоциаций, лимфобластов, клеток с картиной митоза, уменьшением содержания лимфоцитов. На 90-е сутки после окончания воздействия радиационного фактора наблюдается тенденция к восстановлению структуры агрегированных лимфоидных узелков, когда размеры и количество лимфоидных узелков в их составе, абсолютное количество клеток лимфоидного ряда и клеточный состав лимфоидной ткани приближается к контролю.

15-СЕКЦИЯ. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ, СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ И СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Баркова А.Г., кл.орд, 1-курс

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 14 ЛЕТ, ПОЛУЧЕННОГО ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ В г. ОРЕНБУРГ ЗА 2018г

Научные руководители: ст. преп-ль Жилиякова Н.А., асс. Зотов С.Н.
Оренбургский государственный медицинский университет. Российская
Федерация

Кафедра судебной медицины и правооказания

Постоянно возрастающее количество автомобильного транспорта, увеличение скоростей его передвижения, сложность уличной обстановки в городе и другие факторы, как показывает практика, ведут к росту автодорожного травматизма, а отсюда и к увеличению числа судебно-медицинских экспертиз, связанных с этим видом травматизма. По данным ВОЗ травмы, полученные в результате дорожно-транспортных происшествий ежегодно приводят к смерти 1 миллиона 240 тысяч людей во всем мире и причиняют вред здоровью многих миллионов людей. Они являются причиной 6% всех случаев смерти в мире и угрожают здоровью людей в каждой стране. Наиболее частым видом автомобильной травмы является травма от столкновения движущегося автомобиля с пешеходом (по данным разных авторов от 31 до 61% от общего числа автомобильных травм). По оценкам, на каждый случай смерти приходится десятки случаев госпитализации, сотни случаев обращения в службы неотложной помощи и тысячи случаев обращения к врачам.

Цель Анализ травм и степени тяжести вреда, полученных детьми, в возрасте от 0 до 14 лет, в результате дорожно-транспортных происшествий за 2018 г. в г. Оренбург.

Материалы и методы. Изучено 101 заключение судебно-медицинской экспертизы, 101 материал гражданских и уголовных дел.

Результаты. Нами был проведен статистический подсчет случаев ДТП в период с 1 января 2018 года по 31 декабря 2018 года с участием детей в возрасте от 0 до 14 лет в г. Оренбурге, всего был изучен 101 случай. В результате получены следующие данные: число детей до 14 лет получивших повреждения, повлекшие за собой тяжкий вред здоровью после ДТП составило 20% от общего числа изученных случаев, из них 60% пострадавших являлись пассажирами транспортного средства (травма получена внутри кабины), 25% пострадавших являлись пешеходами, а в 15% травмы получены в результате передвижения на иных транспортных средствах (велосипед). В большинстве случаев, что составляет 72%, получения тяжкого вреда здоровью исходом являлась тяжелая сочетанная травма (черепно-мозговая и скелетная травмы). В

10% зарегистрированы изолированные повреждения головы, которые чаще всего возникают от удара головой о твердый предмет и реже – при скольжении головы по такому предмету. Из общего числа переломов костей черепа большинство являются закрытыми. Среди костей свода черепа чаще возникают переломы в области основания. В 14% случаев изолированные повреждения конечностей, в 4% изолированные повреждения туловища. Наиболее часто повреждения туловища локализуются в области грудной клетки. Преобладают множественные, чаще двусторонние переломы ребер. Нередко наблюдается повреждение позвоночника. Повреждения связаны либо с прямым воздействием травмирующей силы на область спины, либо с чрезмерным сгибанием или разгибанием позвонков. В 14% случаев детьми были получены повреждения, повлекшие за собой вред здоровью средней степени тяжести. В 22% случаев мы установили повреждения, причинившие легкий вред здоровью. Наибольший процент – 45%, квалифицируется как не вызвавший вред здоровью. У детей в этом случае имелись повреждения в виде ушибов мягких тканей, ссадин, кровоподтеков различной локализации: головы – 56%, конечностей – 31%, туловища – 13%. Дополнительно нами были изучены материалы органов следствия, в которых имелись данные о том, при каких обстоятельствах были получены травмы различной степени тяжести.

Выводы. Полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что большинство травм (более 73%), повлекших тяжкий вред здоровью происходили при несоблюдении правил дорожного движения (отсутствие детского удерживающего устройства, незнание детьми правил дорожного движения, которые пересекали проезжую часть самостоятельно, без сопровождения взрослых). Мерами профилактики дорожно-транспортного травматизма являются: обучение детей правилам дорожного движения в дошкольных и школьных учреждениях, обучение детей родителями дома. Так же немаловажную роль играют правильное и адекватное использование специальных фиксирующих устройств.

Пиньчук А.Ю., 4-курс

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЕ УСТАНОВЛЕНИЕ ОТРАВЛЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНЫМИ ЯДАМИ

Научный руководитель: д.м.н., доц. Калинина Е.Ю.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская
Федерация

Кафедра судебной медицины и правоведения

В последние годы в промышленности, медицине, сельском хозяйстве и в быту все чаще используются химические соединения: технические жидкости, ядохимикаты, удобрения, лекарственные препараты и т.д. Это привело к росту количества случайных отравлений, а также самоубийств и убийств. Данные обстоятельства свидетельствуют о необходимости совершенствования одного из направлений судебной медицины - токсикологии, разработки методов

диагностики отравлений новыми химическими веществами и мер их профилактики.

Цель работы - изучение особенностей отравления деструктивными ядами, также общих принципов диагностики интоксикации организма человека.

Задачи. Морфологические изменения организма при отравлениях могут быть различными в зависимости от условий - это иногда является источником дефектов диагностики и установления причины интоксикации. Поэтому важно иметь представление о ядах, знать их структуру и механизм действия, пути введения и выведения ядовитых веществ из организма, особенности отравлений и их морфологические признаки, судебно-медицинскую оценку повреждений от воздействия различных ядов.

1. Отравления деструктивными ядами. К деструктивным ядам относят группу веществ, действие которых на организм проявляется преимущественно в нарушении структуры внутренних органов. Данные соединения оказывают токсическое действие: местное - раздражающее и прижигающее и общее - поражение ЦНС, деструкция органов и тканей. Острые отравления деструктивными ядами возникают при приеме их внутрь по ошибке, с суицидальной целью. Из отравлений тяжелыми металлами важное место занимают соединения ртути – дихлорид ртути, хлорид ртути, цианистая ртуть.

1.1. Характеристики. Ртуть - жидкий металл, легко испаряется при комнатной температуре. Степень ядовитости соединений ртути зависит в основном от их растворимости. Ртуть и ее соединения широко применяются в промышленности, сельском хозяйстве, медицине и химических лабораториях. Токсичность соединений ртути прямо пропорциональна их растворимости в воде, поэтому органические соединения ртути более токсичны, чем неорганические. В организм они обычно попадают через слизистые оболочки дыхательной, пищеварительной и мочеполовой систем. Металлическая ртуть при попадании внутрь отравления не вызывает, но испаряясь, легко проникает в организм через легкие, вызывая тяжелую интоксикацию. Каломель-хлорид ртути, применяется в качестве слабительного средства, при задержке его в кишечнике могут быть токсические явления. Сулема в чистом виде представляет собой белый кристаллический порошок, промышленностью выпускается в виде подкрашенных в розоватый или красноватый цвет таблеток. Используется при окраске тканей, дублении кож, протравливании семян, а также в качестве дезинфицирующего средства. При поступлении в желудок больших доз цианида ртути смерть наступает быстро вследствие образования синильной кислоты.

1.2. Патофизиологические изменения определяются путями введения, физическим состоянием вещества, состоянием организма. При поступлении в организм из окружающей среды соединения тяжелых металлов распределяются по органам и субклеточным структурам, легко резорбируются со слизистых оболочек или раневой поверхности и даже с неповрежденной кожи. Взаимодействуя с белками-появление солеобразных соединений-альбуминатов, у ферментов блокируют тиоловые (SH) группы, нарушая клеточное дыхание. В

организме ртутные соединения находят в крови, печени, почках и головном мозгу. В крови снижается количество эритроцитов, в печени и почках развиваются дегенеративные изменения. В желудочно-кишечном тракте возникают воспалительные процессы.

1.3. Клинические проявления. При поступлении в организм через рот ощущается металлический вкус, возникают сильные боли во рту, в пищеводе и желудке, затруднение глотания, тошнота, рвота слизисто-кровянистыми массами; нарушение деятельности почек с развитием почечной недостаточности. Распределяясь одновременно по всем органам, оказывает общее токсическое действие. Происходит нарушение работы нервной системы, которое выражается в эйфорическом, возбужденном состоянии, либо, напротив, оглушении и притуплении сознания вплоть до комы. Затем присоединяются общая слабость, головная боль, затемнение сознания, патология сердечной деятельности - скачки артериального давления. Из-за этого лицо бледнеет или краснеет, наблюдается одышка. Поражение двигательных функций: паралич или судороги, нарушение походки и координации движений. Зрительные галлюцинации, ухудшение зрения, раздвоение изображения. Смерть наступает от поражения почек. При высоких дозах смерть может наступить и раньше.

1.4. Патологические изменения. На вскрытии картина при ртутном отравлении зависит от путей проникновения яда в организм и длительности интоксикации. Наиболее выражены морфологические изменения в органах выделения яда, слабее - в месте его введения.

При исследовании трупов в случаях наступления смерти в течение первых суток каких-либо типичных изменений, свойственных действию определенного яда, обнаружить не удастся. Внутренние органы неравномерно полнокровны, легкие отечны, под эпикардом - единичные мелкие кровоизлияния, в полостях сердца - жидкая кровь в небольшом количестве. Смерть при остром отравлении наступает через несколько дней после поступления яда в организм. Тогда основные морфологические изменения локализуются в почках и толстом отделе кишечника. В почках развивается острый нефроз "сулемовый", характеризуется тотальным некрозом эпителия извитых канальцев с полным распадом и дальнейшим обызвествлением некротизированных масс. Обызвествлению способствует поражение толстой кишки. Макроскопически эти почки сначала увеличены и полнокровны, а затем бледные и в дальнейшем сморщенные, из-за спазма сосудов и некробиотических изменений паренхимы. В толстом отделе кишечника изменения по типу дизентерии. Локализация в поперечной ободочной кишке. Складки - набухшие, увеличены в размерах. Слизистая оболочка отечная, полнокровная, с множественными очагами кровоизлияний и участками глубоких некрозов. При гистологическом исследовании явления воспаления с обильной лейкоцитарной инфильтрацией слизистой оболочки и подслизистого слоя. В капиллярах - стазы и гиалиновые тромбы.

2. Судебно-медицинская диагностика смерти от отравления должна основываться на комплексном анализе данных, полученных при осмотре места

происшествия, или сведений об обстоятельствах наступления смерти; катамнестических и клинических данных из медицинских документов; результатов исследования трупа и материалов судебно-химического исследования органов; вещественных доказательств, обнаруженных на месте происшествия. Производят изъятие материала для судебно-химического анализа с целью определения яда. Ртуть может накапливаться во внутренних органах и костной ткани, волосах сохраняться в них длительное время после смерти. В трупе ее можно обнаружить спустя десятки лет методом эмиссионного спектрального анализа.

Для количественного определения ядовитых веществ изымают и направляют различные внутренние органы, кровь, мочу, рвотные массы, первые порции промывных вод, остатки лекарственных и химических веществ, пищи, напитков и другие объекты. При подозрении на отравления ядовитым веществом направляют комплекс внутренних органов в количествах, достаточных для проведения судебно-химического исследования, с учетом того, что одна треть материала должна остаться в архиве для повторных экспертиз.

Для доказательства отравления и определения яда проводят биологические опыты на животных, ботаническое исследование, физические методы исследования: спектральный анализ, рентгенография.

3. Судебно-медицинское установление отравления. Основной задачей является объективное установление токсического вещества, поступившего извне в организм человека и вызвавшего расстройство здоровья или наступление смерти. Установление происходит на основе расследования органами дознания или следствия условий и обстоятельств возникновения случайных и преднамеренных отравлений. При не смертельных отравлениях производят оценку степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, в соответствии с нормами уголовного кодекса, а при смертельных – конкретную причину. Также на основе результатов судебно-химического исследования. Важен анализ экспертом всех данных с учетом обстоятельств дела и материалов исследования трупа. Пренебрежение или недооценка судебно-химических анализов, непонимание необходимости использования данных всех этапов, приводит к очевидно ошибочным результатам.

Заключение. Отравление солями тяжелых металлов приводит к необратимым последствиям, вплоть до смерти, поэтому важна судебно-медицинская оценка данного явления. Ведь зачастую смерть от интоксикации может носить не только случайный, но и умышленный характер, и об отравлении как причине смерти можно сделать вывод на основании совокупной оценки всех имеющихся в распоряжении эксперта данных.

16-СЕКЦИЯ. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ФАРМАЦИИ

Булатова Г.Р., 4-курс

АРОНИЯ ЧЕРНОПЛОДНАЯ КАК ПРИРОДНЫЙ ИСТОЧНИК АНТОЦИАНОВ

Научные руководители: д.б.н., доц. Михайлова И.В., ст.преп-ль Кузьмичева
Н.А.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская
Федерация

Кафедра фармацевтической химии

Арония черноплодная, или Черноплодная рябина (*Aronia melanocarpa*, Elliot) – лекарственное растение, применяющееся в официальной и народной медицине. Плоды аронии черноплодной являются официальным лекарственным растительным сырьем и входят в Государственный реестр лекарственных средств. Химический состав аронии черноплодной представлен преимущественно веществами фенольной и флавоноидной природы: антоцианы (гликозиды цианидина), флавонолы (кверцетин, кверцитрин, рутин), а также целым рядом биологически активных веществ, таких как органические кислоты, витамин С, каротин, пектиновые вещества. Богатый химический состав, а также широкое распространение на территории Оренбургской области определили выбор аронии черноплодной в качестве объекта исследования.

Цель. Изучение содержания суммы антоцианов для оценки качества высушенных плодов аронии черноплодной, произрастающей на территории Оренбургской области.

Объектами исследования явились высушенные плоды *Aronia melanocarpa*, собранные в период полного созревания на территории Кувандыкского района Оренбургской области, а также плоды, реализуемые через аптечную сеть, производитель ООО «Компания Хорст» (Алтайский край, г.Барнаул). Наличие антоцианов в исследуемом сырье устанавливали с помощью цветных реакций. Для количественного определения суммарного содержания антоцианов в плодах аронии черноплодной применяли метод прямой спектрофотометрии, расчет вели в пересчете на цианидин-3-О-глюкозид по удельному показателю поглощения.

Результаты. Качественный анализ антоцианов в высушенных плодах *Aronia melanocarpa* установил, что антоцианы были обнаружены во всех образцах лекарственного растительного сырья. Количественный анализ установил, что сумма антоцианов в лекарственном растительном сырье, собранном в Кувандыкском районе составляет $4,63 \pm 0,39\%$.

Выводы. Таким образом, результаты исследования показывают, что растительное сырье, произрастающее в Оренбургской области, соответствует требованиям фармакопейной статьи (антоцианов не менее 3%) и быть

рекомендовано как дополнительный источник антоцианов, обладающих широким спектром фармакологического действия.

Ибрагимов Д.Д., ст.научный сотрудник, Ахмедов Б.С., 1-курс, магистрант, Исхакова З.Ш., 2-курс, магистрант, Сулейманов Э.К., 2-курс, магистрант

ОСНОВНЫЕ СВОЙСТВА ПРЕПАРАТА «БАКТИЗЕВ» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Научный руководитель: к.м.н. Гаффаров У.Б.

Самаркандский государственный медицинский институт. Узбекистан.
Кафедра челюстно-лицевой хирургии с курсом челюстно-лицевой хирургии

Несмотря на активное внедрение новых бактерицидных и бактериостатических препаратов, количество пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области возрастает [1, 2]. Кроме того гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области (ЧЛО) могут привести к развитию таких грозных осложнений как острый одонтогенный медиастинит, менингит, сепсис, тромбоз синусов твердой мозговой оболочки.

Одонтогенные инфекции обычно вызываются постоянно присутствующими в полости рта микроорганизмами. Обычно это смешанная микрофлора, факультативными бактериями являются преимущественно зеленящие стрептококки (в частности, *Streptococcus mutans*, *Streptococcus milleri*), а также неспорообразующие анаэробы (*Peptostreptococcus* spp., *Fusobacterium* spp., *Actinomyces* spp.).

Данные литературы зарубежных и отечественных авторов показывает, что при одонтогенных воспалительных заболеваниях высеваются *Staphylococcus* spp. (15%), *Streptococcus* spp. (6%) и облигатные анаэробные бактерии (79%). Анаэробы представлены грамположительными микроорганизмами – *Bacteroides* spp., *Fusobacterium* spp., грамположительными кокками (Н.Г.Коротких, Г.В.Тобоев. - Воронеж: СОИГСИ, 2010.). Таким образом литературные данные показали что изучаемая проблема остается актуальной проблемой в практике челюстно-лицевой хирургии.

Цель исследования. Изучить основные свойства препарата «Бактизев» в комплексном лечении гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.

Материалы и методы. Обследование и лечение больных проводилось на клинической базе кафедры челюстно-лицевой хирургии Самаркандского государственного медицинского института в специализированном отделении челюстно-лицевой хирургии Самаркандского городского медицинского объединения. В соответствии с намеченной целью исследования, нами проведено комплексное обследование больных воспалительными заболеваниями ЧЛО в динамике лечения с применением препарата, разрешённого к использованию в практике здравоохранения – раствора

«Бактизев». У 33 больных в период 2018 гг. находящихся в стационарном лечении с абсцессами, флегмонами, периоститами и остеомиелитами ЧЛЮ одонтогенной и неодонтогенной природы. В составе комплексной терапии проводилось ежедневное промывание гнойной полости раствором «Бактизев». Кроме того препарат использовали в качестве антисептического раствора полоскание ротовой полости ежедневно 5-6 раз в сутки. Микробиологическое обследование проводилось после операции вскрытие гнойного очага и в динамике заболевания. Клинические исследования проводились по стандартной схеме и включали в себя опрос больных, сбор анамнеза заболевания, анамнеза жизни, физикальные методы исследования (осмотр, пальпация, перкуссия) и инструментальные, дополнительные методы исследования (лабораторные, микробиологические, рентгенологическое обследование костей лицевого скелета и черепа), а также консультация специалистов.

Результаты и обсуждение По этиологическому фактору среди абсцессов и флегмон ЧЛЮ преобладали одонтогенные – 95% (31 чел), абсцессы и флегмоны ЧЛЮ неодонтогенной этиологии составили 5% (2).

Среди флегмон одонтогенной этиологии преобладали флегмоны поднижнечелюстной области и дна полости рта.

Средний срок лечения пациентов с флегмонами челюстно-лицевой области составил 5,75 дня.

Согласно изученным нами результатам бактериологического метода обследования, у 100% пациентов с флегмонами челюстно-лицевой области из очагов воспаления были выделены монокультуры микроорганизмов.

Золотистый стафилококк был наиболее чувствительным (100%) к клиндамицину, ванкомицину, цефотоксиму, гентамицину; 50% - к цефазолину, оксациллину, офлоксацину, левофлоксацину.

Бета-гемолитический стрептококк в 100% случаев был чувствительным к це-фотаксиму, азитромицину, офлоксацину, доксициклину, ампициллину в сочетании с сульбактамом, клиндамицину, ванкомицину. В 50% случаев была выявлена чувствительность к нитрофурантоину.

Кишечная палочка в 80-100% случаев была чувствительной к цефотаксиму, цефуроксиму, гентамицину, амикацину; менее 50% - к офлоксацину, ампициллину в сочетании с сульбактамом.

Синегнойная палочка в 50-79% случаев была чувствительной к цефтазидиму, цефтриаксону, амикацину, полимиксину В, офлоксацину, ципрофлоксацину; не была чувствительной (была устойчивой!) к доксициклину, ампициллину в сочетании с сульбактамом, цефуроксиму, нитрофурантоину.

Изучение особенностей клинического течения у больных с гнойными-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области показало, что проводимая терапия раствором Бактизев в комплексе лечения имеет свою антибактериальную эффективность бактериостатическим и бактерицидным воздействием.

Выводы:

1. У 97% пациентов с флегмонами и 83% пациентов с абсцессами челюстно-лицевой области заболевания имеют одонтогенную природу входными воротами инфекции в ткани являются зубы с очагами острой или хронической инфекции:

2. В результате исследования установлено, что встречаемость штаммов, продуцирующих бета-лактамазы, среди грамположительных анаэробных кокков составляет 87-100%.

3. Проведенное исследование доказывает эффективность использования це-фалоспоринов II-III поколений для лечения пациентов с флегмонами челюстно-лицевой области.

Таким образом, использование раствора Бактизев при комплексном лечении больных с воспалительными заболеваниями позволило улучшить состояние пациентов и предупредить развитие гнойно-воспалительных осложнений за счет положительных качеств. Микробиологическое обследование показывает, что при применении раствора Бактизев в комплексном лечении даёт снижение количества микроорганизмов после вскрытия гнойного очага и в динамике заболевания, также помогло очищение гнойной полости после операции.

Список литературы

1. Агапов, В.С. Инфекционные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области / В.С.Агапов, С.Д.Арутюнова. - М.: МИА, 2004.-184 с.
2. Коротких, Н.Г. Абсцессы и флегмоны лица: диагностика, лечение, прогноз / Н.Г.Коротких, Г.В.Тобоев. - Воронеж: СОИГСИ, 2010. - 90 с.
3. Тимофеев, А.А. Клиническое течение одонтогенных воспалительных заболеваний челюстей и мягких тканей у больных наркоманией /А.А.Тимофеев, А.В. Дакал, Е.Н. Кишковская. - Современ. стоматология (Киев). - 2009. - №1. - С.94-98.
4. Тобоев, Г.В. Клинико-морфологические характеристики регенераторной активности мягких тканей в лечении больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области (клин.-эксперим. исслед.): автореф. дис. ...д-ра мед. наук. - Воронеж, 2010. - 47 с.
5. Шаргородский А.Г. Воспалительные заболевания тканей челюстно-лицевой области и шеи. - М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. - 273с.

Жабборов О.У., 4-курс

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РАСХОДОВ ГЕПАТОПРОТЕКТОРОВ НА ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ (РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Научный руководитель: д.м.н., доц. Нурбоев Ф.Э.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино,
Узбекистан

Кафедра народной медицины, фтизиатрии и спортивной медицины

Несмотря на совершенствование профилактических, лечебных и диагностических методов, заболевания печени продолжают оставаться частой причиной осложнений и смертельных исходов. Хронические заболевания печени (ХЗП), хронические гепатиты (ХГ) являются заболеваниями требующим длительного и дорогостоящего лечения, поэтому изучение вопросов фармакоэкономики у этих больных является весьма перспективным.

Цель. Изучение и анализ расходов на лечения ХГ в стационарных условиях.

Материалы и методы. Ретроспективное исследование выполнено в Бухарском областном многопрофильном медицинском центре, в отделении гастроэнтерологии в период с 2015-2019 гг. Проанализированы 1167 истории болезней (ХГ).

Результаты. Для лечения ХГ в основном использовано 7 представителей гепатопротекторов. При этом наибольшей расходным оказался препарат эссенциал, карсил, урсосан - «золотой стандарт» в лечении изучаемой патологии. На долю которых приходилось 72,0% средств на закупку гепатопротекторов. Менее затратным оказался апкасул, что составил 1,2% затраченных средств на него. Расходы на гепатопротекторы использованных для лечения ХГ составили в 24186604тыс. сум. средств. В то же время на остальные препараты (гепомерц, гептрал, лив-52, апкасул.) вместе были затрачены лишь 28% средств. Следовательно, из группы гепатопротекторов наиболее затратным является эссенциал, на которого было затрачена 4/1 часть средств. Вместе с тем, требуется выяснения соответствия затрат на эту группы лекарств по потребностям госпитализированных больных. Если учесть, что как правило, для лечения одного больного ХГ еженедельно, в зависимости от тяжести патологического процесса назначают в капсулах урсосан в дозах от 10 мг до 18 мг, то в нашем случае было необходимо 16800 капсулах (по 250 мг) урсосана. Для приобретения данного количества препарата было необходимо 22154924 сум. Однако, по данным нашего анализа в течение года всего было использовано 4400 капсул (по 250мг) урсосана на сумму 5538731 тыс. сум, что составляет лишь 22.9% от необходимого затрата на данный препарат.

Выводы. Видимо, эти результаты обусловлены не с низкой обеспеченностью больных данным препаратом, а скорее всего наличием противопоказаний к применению, риском развития осложнений, а также с коморбидными состояниями.

Кондрашова Ю.С., 2-курс

РОЛЬ ЭТИЛОВОГО СПИРТА В АНТИБАКТЕРИАЛЬНОМ ГЕЛЕ DR.SAFE

Научные руководители: к.б.н., доц. Шостак Е.И., к.м.н., доц. Бибарцева Е.В.
Оренбургский государственный медицинский университет. Российская

Федерация

Кафедра фармацевтической химии

Кафедра микробиологии, вирусологии, иммунологии

Гигиенические средства – незаменимые средства для защиты рук от бактерий, вирусов, ведь ни для кого не секрет, что более половины вредоносных бактерий и вирусов передаются через грязные руки.

Антибактериальный гель Dr.Safe проявляет высокую антибактериальную активность. Входящий в состав этиловый спирт (65 %) обеззараживает и предотвращает распространение бактерий и вирусов через 15 секунд после нанесения. Данный вид спирта является самым эффективным, быстродействующим и безопасным средством. Способен уничтожать 99,99% наиболее известных бактерий, вирусов и грибов с кожи рук. Проверка на сколько верно предположение об эффективности этанола, как заявляет производитель, является актуальностью нашей работы.

Цель. Исследовать наличие этилового спирта в антибактериальном геле, а также его влияние на антибактериальную активность Dr.Safe.

Методы исследования:

1. Анализ литературных источников по данному вопросу;
2. Проведение качественных реакций на объект исследования;
3. Микробиологический анализ.

Результаты.

Фармакодинамика. Этиловый спирт – противомикробное средство, предназначенное для местного применения, оказывающее антисептическое действие, денатурирующее белки клеточных мембран, вызывая разрушение клетки. Этанол проявляет активность по отношению к вирусам и грамположительным и грамотрицательным бактериям. Антисептический эффект усиливается с возрастанием концентрации действующего компонента препарата. В целях обеззараживания кожи применяют 70% раствор этилового спирта, поскольку он лучше проникает в более глубокие слои эпидермиса, чем 90-95%, который демонстрирует дубящее действие по отношению к коже и слизистым оболочкам, тем самым весьма снижая свой антисептический эффект.

Фармакокинетика. При наружном использовании этанол абсорбируется с кожных покровов и слизистых оболочек в системный кровоток. Метаболическая трансформация лекарственного средства происходит в печени при участии изофермента CYP2E1.

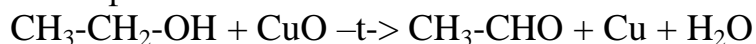
На кафедре фармацевтической химии для определения наличия этилового спирта в геле мы произвели следующие качественные реакции:

1. Чувствительной реакцией на этиловый спирт является так называемая йодоформная проба: образование характерного желтоватого осадка йодоформа при действии на спирт йода и щелочи. Отберём пробу раствора и добавим раствор Люголя. При охлаждении раствора и высоких концентрациях спирта выпадает желтый осадок йодоформа.



2. Простейшая качественная реакция на спирты - окисление спирта оксидом меди. Для этого пары спирта пропускают над раскаленным оксидом меди.

Затем полученный альдегид улавливают фуксинсернистой кислотой, раствор становится фиолетовым.



$\text{CH}_3\text{-CHO} + \text{фуксинсернистая к-та} = \text{фиолетовое окрашивание}$

На кафедре микробиологии, вирусологии, иммунологии я провела исследовательскую работу по определению «Антибактериальных свойств гигиенических средств».

В ходе работы бактерии с рук культивировали способом «Посев отпечатков пальцев» на стерильной питательной среде Эндо в чашках Петри. Каждый палец обрабатывался определённым антибактериальным средством.

Для проведения исследования были сформированы исследуемые группы, соответственно выбранных гигиенических средств (антибактериальное мыло, антисептик на спиртовой основе, твердое туалетное мыло, хозяйственное и дегтярное мыло). Чашку Петри ставят в термостат при 37⁰С на 48 часов. В местах соприкосновения среды Эндо с пальцами вырастают колонии, из материала которых готовят препараты (мазки) для микроскопирования с целью определения групповой принадлежности микрофлоры. Для изучения морфологических признаков бактерий в исследуемых группах приготовили мазок и окрасили его по методу Грамма. Большинство бактерий имели круглую форму – кокки (*Staphylococcus aureus*, *Sarcina ventriculi*, *Streptococcus pyogenes*), и незначительная часть – продолговатую форму – палочки (*Escherichia coli*, *Serratia marcescens*).

В местах соприкосновения пальцев со средой Эндо, обработанных антибактериальным гелем Dr.Safe, было обнаружено 7 колоний (выпуклые, малинового цвета с металлическим блеском), что на много меньше по сравнению с другими гигиеническими средствами.

В результате исследований по подсчету количества бактерий (до/после мытья рук) в выросших колониях на среде Эндо оказалось, что наиболее эффективным антибактериальным средством является спиртосодержащий гель, эффективность которого составила около 90% (Табл.1).

Таблица 1

Эффективность гигиенических средств

Средства	№ студ.	Кол-во бак. до/после мытья рук	% выживших бак.	% убитых бак.	Эффективность
Хозяйственное мыло	№1	160/120	75%	100%-75%=25%	21,20%
	№2	140/115	82%	100%-82%=18%	
	№3	130/108	79,40%	100%-79,4%=20,60%	
Дегтярное мыло	№1	160/120	75%	100%-75%=25%	27,20%
	№2	140/98	70%	100%-70%=30%	
	№3	130/95	73,30%	100%-73,3%=26,70%	
«Лаванда»	№1	160/97	61,60%	100%-61,6%=38,40%	32,80%
	№2	140/91	64,80%	100%-64,8%=35,30%	

	№3	130/98	75%	100%-75%=25%	
Спиртосодержащий гель Dr.Safe	№1	160/96	60%	100%-60%=40%	33,60%
	№2	140/99	70,60%	100%-70,6%=29,40%	
	№3	130/90	69%	100%-69%=31%	
	№1	160/24	14,70%	100%-14,7%=33,60%	88,20%
	№2	140/12	8,80%	100%-8,8%=91,20%	
	№3	130/15	11,80%	100%-11,8%=88,20%	

Выводы. В результате нашей работы, было определено наличие этилового спирта в антибактериальном геле, с помощью качественных реакций, а также выяснено, что этиловый спирт оказывает большое влияние на антибактериальную активность геля Dr.Safe за счет механизма своего действия и оптимальной концентрации.

Кондрашова Ю.С., 2-курс

ИЗУЧЕНИЕ ФЛАВОНОИДОВ, КАК ОДНО ИЗ АКТУАЛЬНЫХ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИХ НАПРАВЛЕНИЙ В ФАРМАЦИИ СЕГОДНЯ

Научный руководитель: асс. И.В. Таренкова

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская
Федерация

Кафедра фармацевтической химии

Среди большого многообразия природных соединений одним из наиболее распространенных и многочисленных классов, обладающих высокой биологической активностью, являются фенольные соединения, к числу которых относятся флавоноиды.

Удачное сочетание малой токсичности и высокой фармакологической активности делает их чрезвычайно перспективными для профилактики и лечения ряда серьезных заболеваний. Изучение физических и химических свойств флавоноидов помогает ученым открывать все новые и новые действия этой группы биологически-активных веществ на организм. А изучение качественных и количественных методов идентификации позволяет более точно и быстро определять вид флавоноидов.

Цель. Изучение физических и химических свойств флавоноидов, рассмотрение методов количественного определения их в лекарственных средствах, таких как спектрофотометрия, фотокolorиметрия, а также обзор современных методов качественной идентификации флавоноидов, посредством качественных реакций.

Достижение поставленной цели предполагает решение следующих задач:

- 1) выявить особенности (строение, физические и химические свойства) природных флавоноидов;
- 2) изучить методы количественного определения флавоноидов;
- 3) изучить современные методы качественной идентификации флавоноидов.

Результаты: большинство флавоноидов – твердые кристаллические вещества, без запаха, бесцветные или желто-коричневые, с определенной температурой плавления.

Чистые флавоноиды отличаются по цвету: в желтый цвет окрашены флавоны, флавонолы, халконы, ауроны; бесцветны катехины, лейкоантоцианидины, флаваны, флаваноны, изо-флавоны, а антоцианидинам присущи яркие оттенки синего или красного цвета – в зависимости от рН среды. В кислой среде они имеют красный цвет (соли катионов), в щелочной – синий (соли анионов). Флавоноиды флуоресцируют в УФ-свете, при этом на хроматограммах флавоны, флаваноны, халконы обнаруживаются в виде пятен коричневых, флавонолы и их 7-гликозиды – желтых или желто-зеленых. Гликозилированные формы, как правило, хорошо растворимы в воде, нерастворимы или малорастворимы в органических растворителях (хлороформ, эфир и др.).

Для количественного определения флавоноидов в растительном сырье и препаратах наибольшее распространение получили физико-химические методы, прежде всего фотоколориметрия и спектрофотометрия.

1. Фотоколориметрический метод основан:

- на цветных реакциях комплексообразования с солями различных металлов (алюминия, циркония, хрома, сурьмы);
- на реакции с лимонно-борным реактивом;
- на реакции восстановления атомарным водородом в кислой

2. Спектрофотометрический метод, основанный на способности флавоноидов поглощать свет в УФ-области спектра.

3. Хромато-спектрофотометрический метод- более совершенный метод количественного определения флавоноидов, используется в сочетании с хроматографией, что позволяет произвести очистку и разделение суммы веществ на отдельные компоненты.

Реже используют:

4. Флуориметрический метод, широко используется для количественного определения содержания веществ, способных к флуоресценции. Метод основан на регистрации собственного (первичного) или вторичного излучения света.

5. Полярографический метод, заключается в построении градуировочного графика. Метод дает точные результаты при условии строгой идентичности условий полярографирования, является наиболее трудоемким, но и наиболее точным.

Методы качественной идентификации флавоноидов. В растительном сырье и препаратах флавоноидные соединения обнаруживают с помощью качественных реакций и методов хроматографии. Характерной реакцией на флавоноиды является цианидиновая проба (проба Шинода), основанная на восстановлении их атомарным водородом в кислой среде в присутствии Mg^{2+} (рис.1). Флавоноиды при восстановлении магнием в присутствии соляной кислоты дают красное окрашивание:

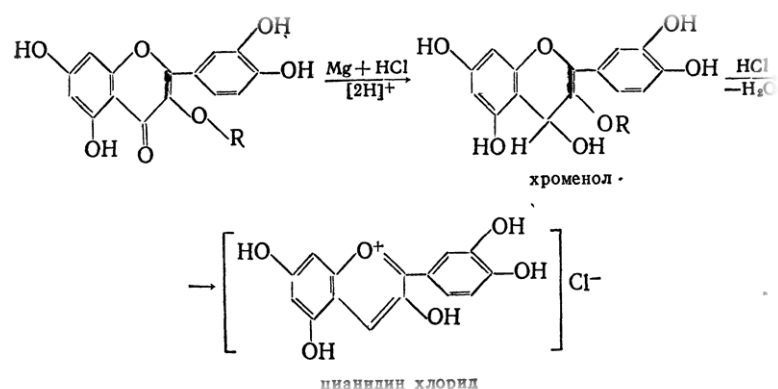


Рис.1. Цианиновая проба

Борно-лимонная реакция (реакция Вильсона- Таубека) (рис.2) 5-оксифлавоны и 5-оксифлавонолы, взаимодействуя с борной кислотой в присутствии лимонной (реактив Вильсона), образуют желтую окраску с красноватой флюоресценцией в УФ-свете. При замене лимонной кислоты на щавелевую (реактив Таубека) в УФ-свете отмечается зеленая или желтая флюоресценция:

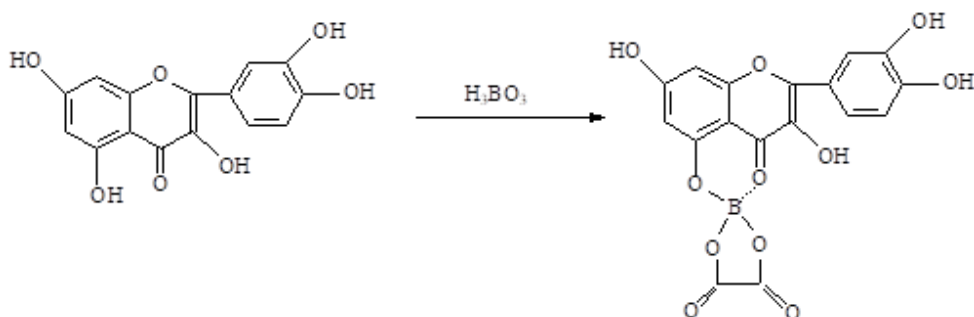


Рис.2. Реакция Вильсона-Таубека

Реакция с треххлористой сурьмой (рис.3)

5-оксифлавоны и 5-оксифлавонолы, взаимодействуя с треххлористой сурьмой, образуют комплексные соединения, окрашенные в желтый или желто-оранжевый цвет - флавоны, в красный или красно-фиолетовый - халконы.

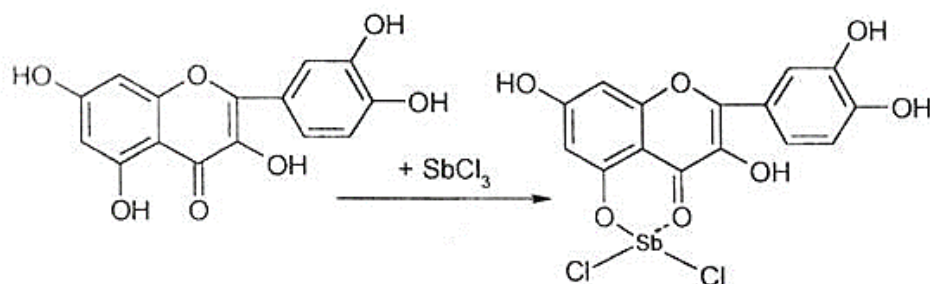


Рис.3. Реакция с трёххлористой сурьмой

Выводы.

- Флавоноиды (растительные пигменты) - физиологически активные элементы, играющие большую роль не только в обмене веществ растений, но и оказывающие огромное влияние на активность ферментов.

- Большинство флавоноидов - твердые кристаллические вещества, окрашенные в желтый цвет (флавоны, флавонолы, халконы, ауруны) или бесцветные (катехины, лейкоантоцианидины, флаваноны, изофлавоны).

- Для количественного определения флавоноидов в растительном сырье и препаратах наибольшее распространение получили физико-химические методы, прежде всего спектрофотометрия и фотоколориметрия.

- В растительном сырье и препаратах флавоноидные соединения обнаруживают с помощью качественных реакций.

Кутлубулатова Л.И., 2-курс, Мошкина А.А., 2-курс

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТЕВИИ, КАК НАТУРАЛЬНОГО И БЕЗОПАСНОГО ПОДСЛАСТИТЕЛЯ ПРИ ДИАБЕТЕ I И II ТИПА

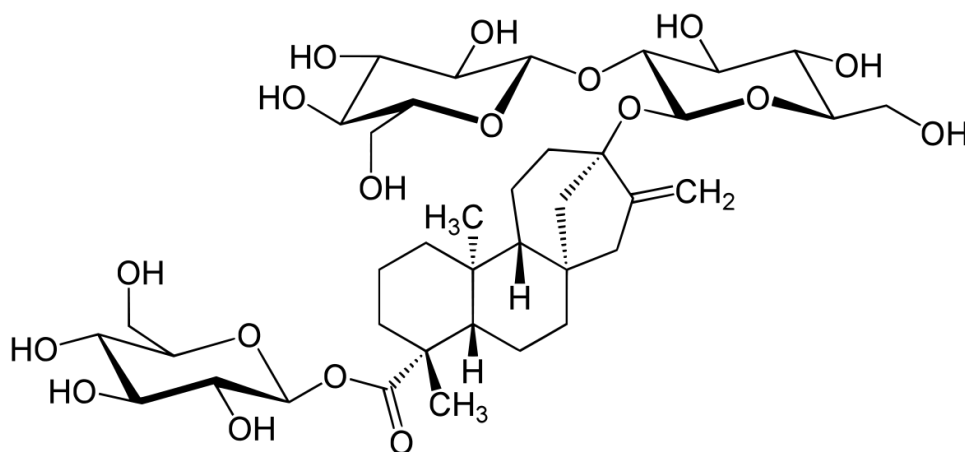
Научный руководитель: к.б.н., доц. Шостак Е.И

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская Федерация

Кафедра фармацевтической химии

Стевия - род многолетних растений из семейства Астровые, которое привезли в Россию из Южной Америки. Данное растение появилось благодаря академику Н.И. Вавилову, который привёз его в Россию из экспедиции по Латинской Америке в 1934 году.

Стевию называют медовой травой, потому что она служит источником натурального заменителя сахара – стевियोзида.



Сладкий секрет стевियोзида заключается в сложной молекуле гликозида, состоящего из глюкозы, софорозы и стевiola. Именно эта сложная молекула и ряд других родственных веществ отвечают за необычайную сладость стевии. Стевиозид и другие гликозиды в 200-300 раз слаще сахара и в организме человека расщепляются без инсулина. Стевиозид широко применяется в пищевой промышленности при производстве продуктов функционального

назначения с пониженным содержанием углеводно-жирового комплекса, обеспечивающих лечебно-профилактический эффект в первую очередь у больных сахарным диабетом I и II типа.

Цель. На основании анализа современной научной литературы выяснить перспективу использования растения стевии, как заменителя сахара при таком заболевании, как сахарный диабет I и II типа.

Методы исследования. Обработка и анализ достоверной и современной литературы.

Результаты. Диабет является заболеванием всех возрастных групп и с каждым годом количество больных увеличивается.



Эти данные показывают, что такое заболевание, как сахарный диабет является прогрессирующим и отражают рост заболеваемости диабетом с 1994-2030 год. По мнению врачей-диетологов, одним из факторов, затрудняющих профилактику и лечение этих заболеваний, является чрезмерное потребление сахара. За последнее столетие его потребление выросло в несколько десятков раз. В начале XX века человек употреблял 3-6 г сахара в сутки, сегодня в его ежедневный рацион входит 60-250 г сахара. Для решения этой проблемы человек начал использовать в пищевой промышленности и в быту химические заменители сахара, но они оказывают отрицательное влияние на организм человека, проявляя токсические, мутагенные, в том числе канцерогенные свойства. Альтернативой может служить применение малоиспользуемого растительного сырья в качестве сахарозаменителей. Это станет важным шагом в борьбе с сахарным диабетом, а также является важным аспектом расширения ассортимента продуктов функционального питания. Хорошим примером такого сырья является именно стевия. Однако необходимо отметить, что каждому из нас следует регулярно следить за своим здоровьем, чтобы предотвратить такое заболевание, как сахарный диабет.

Кутлубулатова Л.И., 2-курс, Мошкина А.А., 2-курс

СТРОЕНИЕ И ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ПОЛЫНИ

ГОРЬКОЙ ARTEMISIA ABSINTHIUM L

Научный руководитель: асс. Таренкова И.В.

В современном мире присутствует фармакологическое обилие лекарственных средств. Но мы должны понять, что нет ничего лучше того, что создано природой. Многие растения содержат в себе вещества, обладающие лечебными свойствами, которые широко использовались нашими предками. И одно из них - полынь горькая. Это растение уникально по своему качественному составу и свойствам.

Цель. Изучить фармакологические свойства полыни горькой *Artemisia absinthium* L.

Методы исследования: обработка и анализ достоверной и современной литературы.

Результаты. Полынь горькая (лат. *Artemisia absinthium* L.) - род травянистых или полукустарниковых растений семейства Астровые (*Asteraceae*). Химический состав полыни горькой представлен фенольными соединениями и терпеноидами. Фенольные соединения представлены флавоноидами, лигнанами, кумаринами и фенолкарбоновыми кислотами, а терпеноиды – сесквитерпеновыми лактонами и эфирным маслом.

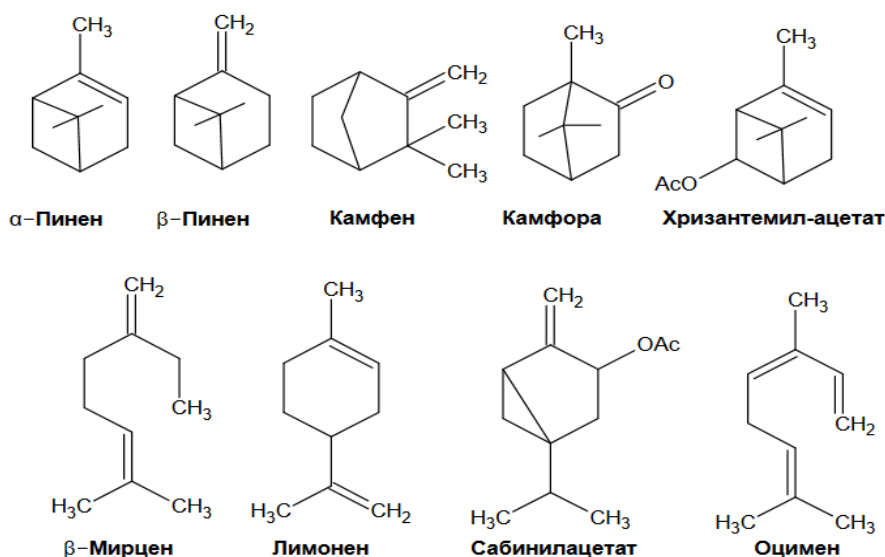


Рис.1 Терпеноиды полыни горькой

По анализу экспериментальных и клинических наблюдений было установлено, что полынь горькая проявляет следующие фармакологические свойства:

- Сок свежей травы, принимают во внутрь при меланхолии
- В отваре травы купают детей при чесотке, лишае, витилиго
- Используют, как противосудорожное и успокаивающее средство

- Отвар травы назначают как противоопухолевое средство при раке желудка, прямой кишки, матки.
- В народной медицине использовали отвар полыни горькой для лечения туберкулеза, обмена веществ, гастрита.

Выводы. Согласно проведенному анализу литературы, полынь горькая обладает уникальным комплексом биологически активных веществ и рядом лечебных свойств, что позволяет ее использовать при лечении многих заболеваний. Также элементный состав полыни горькой определяет перспективность дальнейшего экспериментального исследования для создания новых фитопрепаратов.

Қаҳҳоров А., 4-босқич

ТРАМАДОЛНИНГ ТЕРМОДЕСОРБЦИОН СИРТИОНЛАШУВ СПЕКТРОСКОПИЯ УСУЛИДА ТАҲЛИЛИ

Илмий раҳбар: асс. Жалилова Ф.С.

Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти. Ўзбекистон
Педиатрия кафедраси

Ишнинг мақсади. Трамадол (Dromadol, Tramake, Tramal, Ultram, Zamadol, Zydol) дори воситаси циклогексанол ҳосиласига мансуб бўлиб, тиббиёт амалиётида кучли ва қаттиқ оғриқларда қўлланилиб келмоқда. Суд-кимё амалиётида сезгир усулларни яратиш давр талабидир. Шунга асосан трамадол дори воситасини юқори сезгирликка эга бўлган термодесорбцион сирт ионлашув спектроскопи яси усулида таҳлил усулини яратишни олдимизга мақсад қилиб олинди.

Усуллар. Республикамиз суд-кимё лабораториялари амалиётида термодесорбцион сирт ионлашув спектроскопик таҳлил усули ҳозирги кунда кенг қўлланилмоқда. Трамадол дори воситасини термодесорбцион сирт ионлашув спектроскопик таҳлилини амалга оширишда сирт ионлашув индикатори ПИИ-Н-С “Искович-1” дан фойдаланилди. Трамадол дори воситасини термодесорбцион сиртионлашув спектроскопик таҳлили қуйидаги шароитда олиб борилди:

- эмиттер -иридий киришмали оксидланган молибден,
- эмиттер кучланиши – 405 В,
- эмиттер ҳарорати – 390 - 420⁰С,
- буғлатиш ҳарорати – хона ҳароратидан 505⁰ С,
- ҳаво оқими – 50 л/соат (компрессор кучланиши 12 В)
- таҳлил учун олинган текширилувчи намуна ҳажми - 1,0 мкл;
- таҳлил давомийлиги -3 дақиқа.
- спектрларни ёзиб олиш бевосита компьютер дастури ёрдамида амалга оширилди.

Бунинг учун 1мг (а.т) стандарт трамадол воситасидан тортилиб, 10 мл ли ўлчов колба сига солиб, 96% этил спирти билан эритилди. Тайёрланган

эритманинг ҳажмини белгисигача 96% ли этил спирти билан етказилди. Шу эритмадан трамадолнинг 1, 5, 10 ва 50 мкг/мл стандарт эритмалар тайёрланиб, микрошиприц ёрдамида 1 мл микдорида буғлатгич лентасидаги цилиндрик чуқурчага солинди ва трамадолнинг термодесорбцион спектрлари олинди.

Натижалар. Бунда $\sim 95 \pm 15^{\circ}\text{C}$ ва $\sim 197 \pm 15^{\circ}\text{C}$ ҳарорат оралиғида трамадолга хос чизиқли чўққининг пайдо бўлиши кузатилди. Олинган термодесорбцион спектри компьютернинг маълумотлар банкига эталон спектр сифатида ёзиб қўйилди. Усулнинг сезгирлик даражаси 10^{-10} г ни ташкил қилди. Бажарилган таҳлил натижалари ёрдамида трамадол дори воситаси ва дори шаклларидан олинган эритмалардан таҳлилини олиб боришда ижобий натижаларга эришилди.

Хулоса. Трамадол дори воситасини термодесорбцион сирт ионлашув спектроскопик усулда таҳлили ўрганилди. Термодесорбцион сирт ионлашув спектроскопия усули ёрдамида трамадолни дори воситаси ва дори шакллари ҳамда биосуяқликлардан (қон, пешоб) олинган ажратмалардан тасдиқлаб олишга эришилди.

Нарзуллаева Ш., 6-курс

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА «С»

Научный руководитель: асс. Умаров Ф.Х.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.
Узбекистан

Кафедра народной медицины, спортивной медицины и профессиональных болезней

Проведение анализа экономической целесообразности применения противовирусных и гепатотропных препаратов из различных клинико-фармакологических групп, с учетом широты их распространенности в условиях реальной клинической практики, а также их терапевтической эффективности и безопасности, что и послужило целью нашего исследования.

Материал и методы. Исследование предпринято на 112 больных хроническим гепатитом С, получавших стационарное лечение в Бухарской многопрофильной больнице в 2015-2018 гг. и затем обследованных в течение последующих 3 лет в процессе проведения амбулаторного лечения.

Результаты. Применение при хроническом вирусном гепатите «С» с проявлениями холестатического синдрома стандартного курса лечения на основе эссенциале обходится на одного больного почти в один миллион сум. При этом, если в среднем за три года происходит 3 случая обострений и в 12% гепатит переходит в цирроз, то тогда даже без учета лечения цирроза расходы за три года будут составлять 2,6 млн. сум. Применение в аналогичном случае урсосана в стандартной дозировке несколько снижает частоту госпитализаций и более чем в 2 раза уменьшает развитие цирроза печени, что совокупности может составить более низкую трёхлетнюю стоимость лечения, т.е. за

проведение 2-х курсов лечения за 3 года. Применение дифференцированной дозировки урсосана в этих случаях может обойтись всего лишь 280 000 сум на одного больного при почти той же эффективности лечения. При проведении такого варианта лечения за три года в среднем происходит 2 случая обострений и до 5% гепатита переходит в цирроз, поэтому даже без учета лечения цирроза за три года расходы могут составлять всего 560 000 сум.

Использование схемы лечения, включающее трех месячный курс перорального приема противовирусных препаратов (софосбувир /даклатасвир) стоимостью 1040000 сум с добавлением курса лечения урсосаном в дифференцированной дозировке при выявлении холестатического синдрома обходится в расчете на одного больного в 1320000 сум. В результате проведения такого курса лечения ни у одного больного в конце 3-х месячного срока не выявлялся вирус гепатита С на основании проведенного ПЦР анализа. Более того, этого не наблюдалось и в течении последующих 3-х лет наблюдения. Ни один пролеченный больной за данный период не обращался и не был госпитализирован по поводу обострений заболевания, не наблюдалось также клиники перехода хронического гепатита в цирроз печени.

Выводы. В целом стоимость одного курса лечения комплексом противовирусных препаратов и урсосана в размере 1320000 сум остается в качестве затрат за 3 года наблюдения и это является более дешевым вариантом терапии относительно использования эссенциале или урсосана в стандартной дозировке и к тому же с более благоприятным результатом.

Приведенные выше аргументы являются свидетельством экономической выгоды выполнения противовирусной терапии ХГС комбинированием дженериков с гепатопротекторами, в частности, урсосана с комбинацией софосбувир\даклатасвир. При этом затраты на противовирусные препараты полностью окупаются экономией суммарных потерь на лечение ХГ другими препаратами, например гепатопротекторами типа эссенциальных фосфолипидов. Поскольку в настоящее время лечение ХГС с помощью эссенциале или урсосаном в стандартной дозировке является вполне доступным для больных широкого круга населения, то стоимость проведения комплексного лечения имеющая близкое значение считается также хорошо доступным.

Чечулин А.А., 3-курс

ГЕМОСТАТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРАНЕКСАМОВОЙ И АМИНОКАПРОНОВОЙ КИСЛОТ ПРИ АДЕНОМЭКТОМИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Научный руководитель: Волынец Б.А.

Белорусский государственный медицинский университет. Белоруссия
Кафедра фармакологии

Симптомы доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) встречаются у большинства мужчин старше 50 лет [1,2]. Такие

пациенты часто имеют в анамнезе сердечно-сосудистые, эндокринные и другие хронические заболевания, обостряющиеся при различных медицинских вмешательствах, особенно при кровопотерях [1,2,3]. Это вынуждает проводить хирургические вмешательства с применением препаратов, снижающих риск значительной кровопотери. Особенно актуально это при проведении операций именно на предстательной железе (ПЖ). Предстательная железа обильно кровоснабжается, непосредственно участвует в процессе свертывания крови. Предстательная железа синтезирует и депонирует тканевой активатор плазминогена, который является компонентом антисвёртывающей системы. Во время операций на предстательной железе происходит усиление фибринолитической активности крови, способствующее повышенной кровоточивости в интра- и послеоперационном периоде [3]. Уменьшить кровопотерю можно, повлияв на технику операции, а так же применяя лекарственные препараты, снижающих активность местного и общего фибринолиза. Транексамовая (ТК) и ϵ -аминокапроновая кислоты (АМК) снижают выброс активаторов плазминогена из тканей в процессе операции и таким образом, ингибируя фибринолиз, снижают кровопотери. Вместе с тем, отсутствуют рандомизированные клинические исследования эффективности этих препаратов у возрастных пациентов при проведении чреспузырной аденомэктомии ПЖ.

Цель. Оценить гемостатическую эффективность транексамовой и аминокaproновой кислот при проведении чреспузырной аденомэктомии предстательной железы у пациентов с ДГПЖ разных возрастных групп.

Материалы и методы. Ретроспективному анализу подвергнуты истории болезни 50 пациентов (2 группы) в возрасте 51-79 лет, которым выполняли чреспузырную аденомэктомию (объем ПЖ свыше 100 см³). Возраст пациентов составил 68,36±8,09 и 72,44±6,47 года, соответственно (средний возраст - 70,52±7,34 лет). Критериями невключения в исследование были тромбоцитопатии, коагулопатии и злокачественные новообразования. Пациенты 1-ой группы (n=25) получали ТК. Препарат вводили внутривенно капельно по 1000 мг 3 раза: перед началом и после завершения аденомэктомии, и через шесть часов после операции. Пациенты 2-ой группы (n=25) получали АМК по 5000 мг в том же интервале дозирования. Группы не различались по индексу массы тела (29,61±5,50 и 27,68±5,15, t=0,72, соответственно (p>0,05)). Критериями эффективности применения ТК и АМК являлись: объем кровопотери рассчитанный по формуле Мура ($V=Pq (Ht1 - Ht2 / Ht1)$), где V – объем кровопотери, P–масса тела пациента, Q – количество крови - мл/кг (у мужчин 70 мл/кг), Ht1– исходный гематокрит, Ht2 – гематокрит через 12-24 часа (за первые сутки); объем вводимой пациентам свежемороженой плазмы (СЗП), объем растворов для инфузионной терапии (ОИТ) (мл/кг); показатель эффективность/стоимость. Математический анализ проводили с использованием программы STATISTICA8. Статистическая значимость определялась по t-критерию Стьюдента. Порог значимости – p = 0,05.

Результаты. Нами установлено, что интра- и постоперационные кровопотери за первые сутки в группах ТК и АМК составили $548,32 \pm 76,77$ мл и $789,20 \pm 65,19$ мл, соответственно ($p < 0,05$). Пациенты нами разделены на 3 возрастные группы: 51-65 лет, 66-74 года, 75-79 лет. Объем кровопотери у пациентов данных возрастных групп достоверно различался: у пациентов группы транексамовой кислоты 51-65 лет он составил $608,38 \pm 20,03$ мл (8 пациентов), а у пациентов группы аминокапроновой кислоты 51-65 лет - $876,0 \pm 16,73$ (5 пациентов), соответственно порог значимости $< 0,05$; у пациентов группы транексамовой кислоты 66-74 лет - $567,17 \pm 18,94$ мл (12 пациентов), а у пациентов группы аминокапроновой кислоты 66-74 лет $792,7 \pm 33,79$ (11 пациентов) (порог значимости $p < 0,05$); у пациентов группы транексамовой кислоты 75-79 лет - $407,0 \pm 19,48$ мл (5 пациентов) и у пациентов группы аминокапроновой кислоты 75-79 лет - $736,67 \pm 57,88$ мл (9 пациентов), соответственно порог значимости $p < 0,05$. Введенные пациентам средние объемы растворов составили: СЗП - $1,84 \pm 1,27$ мл/кг и $6,96 \pm 1,68$ мл/кг ($t = 2,4$; $p < 0,05$), ОИТ - $35,58 \pm 12,41$ мл/кг и $89,68 \pm 17,37$ мл/кг ($t = 2,5$; $p < 0,05$), в каждой группе соответственно. На число проведенных в стационаре койко-дней пациентами двух групп ($28,56 \pm 5,62$ и $27,68 \pm 5,15$) применение изучаемых препаратов не повлияло ($t = 0,12$; $p > 0,05$). Затраты на курс лечения одного пациента с применением препарата ТК по обозначенной схеме при установленных нами средних показателях ОИТ и переливания СЗП в 3,3 раза дороже, чем при применении АМК.

Выводы. Транексамовая кислота при чреспузырной аденомэктомии предстательной железы по гемостатической эффективности превосходит достоверно ϵ -аминокапроновую кислоту и особенно значимо у пациентов старческого возраста, а также по соотношению стоимость курса лечения СЗП+ОИТ/эффективность.

Список литературы

1. Васильев, С.А., Виноградов, В.Л., Гемджян Э.Г. Транексам - антифибринолитический гемостатик/ С.А. Васильев, В.Л. Виноградов, Э.Г. Гемджян // Тромбоз, гемостаз и реология.- 2008.- № 1.- С. 28–34.
2. Голощапов, Е.Т., Лукичѳв, Г.Б. Особенности гемостаза притрансуретральной резекции предстательной железы с применением ингибитора фибринолиза/ Е.Т. Голощапов, Г.Б. Лукичѳв// Урологические ведомости.- 2011.- Т.1, №1.- С. 34
3. The development of human benign prostatic hyperplasia with age/ S.J. Berry, D.S. Coffey, P.C/ Walsh et al. // J. Urol.- 1984. - Vol. 132.- P. 474–479.

17-СЕКЦИЯ. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ

Сидора А.А., 4-курс, Голуб А.С., 4-курс

ПРИМЕНЕНИЕ ХИМИЧЕСКОГО ПИЛИНГА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСТАКНЕ

Научный руководитель: асс. Гаврилюк А.А.

Харковский национальный медицинский университет. Украина
Кафедра дерматологии, венерологии и медицинской косметологии

Акне, или угревая болезнь, является одной из более актуальных проблем в современной дерматологии, которое представляет собой заболевание сальных желез и волосяных фолликулов. Чаще всего данная патология возникает в подростковом возрасте, однако может встречаться и у взрослых людей. Широко распространённый термин «постакне» включает в себя различные вторичные изменения кожи, которые образуются вследствие заживления элементов сыпи. Чаще встречаются такие проявления постакне: гиперпигментация, патологические рубцы, атеромы, милиумы. Клинические проявления акне и постакне значительно снижают качество жизни больных, в связи с чем дерматологу необходимо назначить эффективную и безопасную терапию, а также провести коррекцию проявлений постакне. Химический пилинг в комплексном лечении угревой болезни и постакне приобрёл широкое распространение. Основными преимуществами химических пилингов являются нетоксичность, контролируемость, короткий период реабилитации.

Цель. Изучение клинической эффективности поверхностного и срединного химических пилингов для коррекции постакне.

Методы. Под наблюдением находилось 30 женщин с постакне, в возрасте 19-28 лет. Пациентки предъявляли жалобы на расширение пор, наличие небольших рубцов, поствоспалительной гиперпигментации и стойкой эритемы кожи. Первую группу составили 15 пациенток, у которых проявления постакне были менее выраженными, им применяли поверхностный гликолевый пилинг 1 раз в 10 дней курсом 3-5 процедур. Во вторую группу вошли 15 пациенток с более выраженными проявлениями постакне, им проводилась процедура срединного пилинга трихлоруксусной кислотой 1 раз в 14 дней курсом 2-4 процедуры. Гликолевая кислота влияет на роговой слой кожи, что ведёт к разрушению соединений роговых чешуек слоёв эпидермиса, которое сопровождается дальнейшим отшелушиванием их с кожных покровов. В результате активного очищения омертвевших клеток ускоряется процесс удаления содержимого из сальных желез. Трихлоруксусная кислота действует на глубокие слои кожи и оказывает коагуляционное действие на белковые структуры кожи путём разрыва молекулярных белковых связей.

Результаты. После проведения поверхностного пилинга с гликолевой кислотой гиперемия, шелушение, чувство дискомфорта не наблюдались. После курса процедур поверхностного пилинга отмечались восстановление цвета и

выравнивание рельефа кожи лица. После срединного пилинга розвилось покраснение кожи и отёк. Покраснение проходило на протяжении 5 дней, а отёк – на протяжении 2 дней. Заживление кожи наблюдалось от 6 до 10 дней. Цвет кожи при срединном пилинге становился светлее за счёт регресса вторичных пятен. Образование большого количества коллагена при заживлении кожи сопровождалось уменьшению глубины рубцов.

Выводы. У больных обеих групп наблюдалось значительное уменьшение проявлений постакне. Таким образом, применение химического пилинга в комплексном лечении и коррекции постакне продемонстрировало свою клиническую эффективность.

Фоминых П.Э., 3-курс, Зарубина А.А., 3-курс

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭКО-КОСМЕТИКИ. ВЛИЯНИЕ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА И ОКРУЖАЮЩУЮ СРЕДУ

Научный руководитель: асс. Попова О.С.

Уральский государственный медицинский университет. Российская Федерация
Кафедра гигиены и экологии

На сегодняшний день современные косметические средства выглядят очень ярко, многообещающе и абсолютно безвредно. Но если более детально изучить состав продукта, а также как этот состав влияет на человека и окружающую среду, то можно понять, что скрывается за упаковкой. Таким образом важно уметь правильно выбирать косметические средства, начиная от упаковки и заканчивая составом.

Объектом исследования - являются косметические средства.

Цель. Изучить технологию выбора и безопасность косметических средств

Наше исследование является актуальным, поскольку сегодня большим спросом среди женщин пользуется натуральная косметика по уходу за телом и волосами, это мы выяснили исходя из опроса среди девушек-студенток УГМУ. Данная работа уникальна тем, что в ней рассматриваются факторы, которые определяют вред некоторых компонентов косметики для потребителя.

Экокосметика-косметика нового поколения?

Экокосметика (или органическая косметика, или натуральная косметика, или биокосметика) – это косметические средства, созданные из органического растительного сырья, отличительной особенностью которых является экологичность. Изготавливаются косметические средства из природного натурального сырья, переработанного и очищенного только экологически безопасными способами

Существует несколько критериев, в соответствии с которыми косметическое средство можно отнести к натуральному: отсутствие красителей, консервантов, отдушек и ароматизаторов; в процессе производства не используются продукты нефтепереработки; не проводятся испытания на животных. Некоторые из критериев подтверждаются добровольной сертификацией. Если у того или иного продукта имеется хотя бы один из

сертификатов органической косметики, то вы можете смело брать его, так как это означает, что продукт является действительно органическим (т.е. произведённым по определённым правилам), а не каким-нибудь псевдо-натуральным.

Но, если продукт не имеет сертификата, это не значит, что он не является ЭКО. Поскольку, сертифицирование является проблематичной и затратной процедурой. Рассматривая продукт обратите внимание на знак ЕАС который означает, что косметика была подтверждена техническим регламентом таможенного союза. Данный документ удостоверяет безопасность продукции. Каждый продукт должен соответствовать следующим требованиям: 1) Маркировка должна содержать следующую информацию: наименование, название (при наличии) назначение если это не следует из наименования продукции; 2) страна происхождения парфюмерно-косметической продукции 3) юридический адрес, уполномоченный представитель изготовителя или импортер, 4) номинальное количество (объем или масса) продукции в потребительской таре (для мыла твердого туалетного номинальная масса куска, на момент упаковки) 5) цвет и/или тон (для декоративной косметики и окрашивающих средств) 6) срок изготовления 7) дата изготовления (месяц, год) и срок годности (месяцев, лет) или надпись «годен до» (месяц, год) или «использовать до» (месяц год) 8) описание условия хранения в случае если условия отличаются от стандартных 9) особые меры предосторожности при применении продукции, в т.ч. информация о предупреждениях. 10) номер партии или код 11) сведения о способах применения 12) список ингредиентов

Также в ТРТС прописаны требования к упаковке, которая бывает стеклянной, полимерной, металлической и тд.

Состав. Влияние на организм и окружающую среду

Особое внимание следует уделить составу продукции. Высокую опасность представляют такие вещества как парабены, микропластик, нефтепродукты, силикон, формальдегид. Они представляют угрозу не только для человека (формальдегид- вызывает астму, действует на кожу вызывая дерматиты и экзему) но и для окружающей среды (микропластик накапливаясь в почве и в воде, попадает в организм к морским обитателям). К сожалению потребители не обращают внимание на мелко написанный текст на иностранном языке в котором находятся как раз-таки зачастую вредные компоненты, например силиконы чаще всего они заканчиваются на «ОН» – метикон (methicone) или – силоксан (siloxane). Парабены обозначаются как E214, 216,18. Зная такие простые правила мы можем уберечь себя и окружающий нас мир от воздействия химических веществ.

Рассмотрим косметические средства с точки зрения экологии

Стоит отметить что, когда мы пользуемся косметикой неорганического происхождения, мы наносим вред не только себе и своей коже, но и окружающему нас миру. Все дело в том, что продукты, используемые для производства косметических средств и упаковки не менее вредны, чем автомобильные выхлопы и сигаретный дым.

Упаковки и пакеты. Огромной проблемой современного мира - является переработка мусора, а с утилизацией косметического сырья и упаковок из-под неё дела обстоят не лучше, чем с переработкой, например, электромусора. Но, загрязнение планеты таким путём можно, хоть и неокончательно остановить, но значительно снизить вред, например: 1) многие магазины, позиционирующие себя как «Эко», используют исключительно разлагаемый материал, который не вредит окружающей среде 2) по максимуму не использовать защитную плёнку (целлофан) и огромного количества бумаги и пластика при упаковке товара 3) покупатели в свою очередь, могут улучшить ситуацию, относя упаковки в пункты переработки и ходя в магазин со своим пакетом или авоськой.

Исследование

Мы апробировали наш метод на продукции следующих магазинов «ORGANIC SHOP», «LUSH», «MIXIT», упаковку, наличие декларации и сертификации, изучили компоненты и проконсультировались у специалистов магазинов. Лидером стал магазин ORGANIC SHOP где продукция полностью соответствовала требованиям описанным выше. К сожалению, магазин LUSH не прошел по нашим критериям, так как некоторая продукция содержала блестки- а это микропластик, некоторые товары имели неестественный для натурального состава вид, а в магазине стоял резкий удушливый запах. А MIXIT позиционируют себя как оказалось магазином современной косметикой.

Выводы. Как студентки медико-профилактического факультета мы рекомендуем девушкам пользоваться именно ЭКО-косметикой, поскольку она не вызывает привыкания, гипоаллергенна (исключая возможности аллергии на определенное вещество), оказывает положительное влияние на кожу, волосы, ногти и т.д. Данный проект открыл для нас новые знания, которые, бесспорно повлияли на нас в выборе продукции, мы стали чаще концентрировать своё внимание на состав, знаки качества и содержание упаковки. Мы надеемся, что со временем производители и покупатели, так же, как и мы, полностью перейдут на натуральные, качественные продукты вследствие чего существенно снизятся тестирования на животных, выброс вредных веществ в атмосферу и прогрессирование загрязнения планеты.

18-СЕКЦИЯ. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГУМАНИТАРНЫХ НАУК И ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ЕСТЕСТВОЗНАНИЯ И МЕДИЦИНЫ

Ахматова М., 2-курс, Запевалова А., 2-курс

АКТУАЛЬНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ БИОЭТИКИ КАК НАУКИ В УЗБЕКИСТАНЕ

Научный руководитель: к.б.н., доц. Саидалиходжаева С.З.

Ташкентская медицинская академия. Узбекистан

Кафедра нормальной и патологической физиологии

Научно-исследовательские работы получили широкое развитие на территории Узбекистана. Уделяется огромное внимание на подготовку научных сотрудников в целях развития науки, к примеру, «медико-биологический» факультет, направленный на обучение и подготовку студентов в качестве высококвалифицированных специалистов фундаментальной медицины. Внедрение предмета «Биоэтика» в качестве отдельной науки, является одним из важнейших шагов в развитии экспериментальной деятельности.

Цель. Показать необходимость внедрения Биоэтики в учебную литературу. Доказать необходимость знаний предмета «Биоэтика» научным сотрудникам, а также специалистам имеющие связь с экспериментальной деятельностью. Определить важность знаний о гуманном обращении к животным, во время проведения эксперимента.

Материалы и методы. Биоэтика учение о нравственной стороне деятельности человека в медицине и биологии. Бурное развитие биоэтики связано, прежде всего, с внедрением новых биомедицинских технологий: развитие трансплантологии и генной инженерии, прогресс в области медицинской диагностики и методах репродукции человека, массовое использование в клинических исследованиях и научных экспериментах животных и людей и др. Все это приводит к необходимости решать моральные проблемы, ранее не стоявшие перед человечеством.

Результаты. Томас Хартунг считает, что использующиеся сейчас методики тестирования устарели и недостаточно точны. В частности, тест на токсичность с участием грызунов позволяет определить лишь в 43% случаев, насколько токсична проверяемая субстанция для человека. Ежегодно для экспериментов используется более 100 млн. позвоночных животных, а для тестирования эффективности и безопасности каждого лекарства требуется от 80 до 800 особей (данные на 2010 год). В настоящее время примерно 29 млн животных в год подвергаются экспериментам в США и странах Евросоюза (из них 80% - крысы и мыши). Это меньше половины того, что было в середине 1970-х. Спад заметен, однако в последние 10 лет он приостановился.

Была произведена статистика использования различных видов животных в экспериментальных целях на территории ТМА.

По статистике чаще всего в экспериментах используются: мыши – 58%, кролики – 23%, крысы – 11,5%, морские свинки – 4%, собаки – 0,8%, лягушки – 3%.



Выводы. Фундаментальные исследования функционирования организмов, разработка потенциальных методик лечения человеческих болезней, а также проверка на безопасность и качество лекарств является причиной использования животных в качестве подопытных. В последнее время появилось много инновационных разработок, которые, возможно, помогут далее сократить число экспериментов над животными. Совершенствование методов построения изображения, позволяющих взглянуть внутрь тела животного, позволяет ученым получать в результате каждого эксперимента больше информации, чем раньше, причем лучшего качества. Все вышеперечисленное является одной из главных рассматриваемых вопросов в предмете «Биоэтика» и ведутся обширные работы по развитию и усовершенствованию предмета в сферах медицины и научно-исследовательских центрах на территории Узбекистана. Оказывается большое внимание на развитие предмета с уклоном на медико-биологическую специальность, проводятся ознакомительные практические походы в виварий, а также стоит отметить о выпуске книги «Биоэтика», внедренную в учебную деятельность Ташкентской медицинской академии в процессе воспитания будущих специалистов с медицинским уклоном.

Давыдова А.П., 1-курс, Джангирян А.А., 1-курс

ИССЛЕДОВАНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ДВУХКОМПОНЕНТНЫХ РАСТВОРОВ ПРИ ПОСТОЯННОЙ ТЕМПЕРАТУРЕ

Научный руководитель: к.п.н., доц. Коврижных Д.В.

Волгоградский государственный медицинский университет. Российская
Федерация
Кафедра физики

Исследование физических свойств жидких растворов, имеет немалое значение в практической подготовке фармацевта-провизора. На кафедре физики ВолгГМУ исследовалась температурная зависимость плотности воды [1], нами же проведена работа по исследованию зависимости плотности, показателя преломления, коэффициента пропускания и угла поворота плоскости поляризации (для оптически активных растворов) от концентрации двухкомпонентных растворов на примере водных растворов изопропилового спирта, лимонной кислоты и сахара.

Цель и задачи. Цель данной исследовательской работы заключается в изучении зависимости физических характеристик двухкомпонентных водных растворов от их концентрации. Для достижения поставленной цели были поставлены следующие задачи: 1) выбор растворов для проведения исследования; 2) исследование зависимости таких физических величин, как плотность, показатель преломления, коэффициент пропускания и угол поворота плоскости поляризации от концентрации растворов; 3) анализ полученных результатов, в том числе выбор способа определения концентрации для различных исследуемых растворов.

Материалы и методы. В качестве исследуемых жидкостей нами были использованы растворы сахара, изопропилового спирта и лимонной кислоты. Указанные растворы широко используются в фармации и бытовой химии, нетоксичны, легко получаются и имеют низкую себестоимость. Нами было использовано следующее оборудование: ареометры АОН-1 (Россия, 1000-1060 кг/м² и 1060-1120 кг/м²) и Vettler AR-01 (Германия, 1100-1300 кг/м²), рефрактометр ИРФ-454, поляриметр СМ-2, фотоэлектроколориметр двухлучевой ФЭК-56М; обработка результатов проводилась с помощью программы MS Excel (Microsoft Office 2010). Нами были проведены исследования зависимости плотности, показателя преломления, оптической плотности/коэффициента пропускания и угла поворота плоскости поляризации (для раствора сахара).

Результаты и обсуждение. Обработка с помощью программы MS Excel полученных данных включала в себя сведение экспериментальных значений в таблицы, получение графического представления зависимостей измеренных величин от концентраций растворов, а также построение графиков уравнений и расчет коэффициентов регрессии.

Анализ проведенных нами измерений показал, что для водного раствора лимонной кислоты (до 25%) зависимость плотности от концентрации представлена линейной функцией ($R > 0,99$). Плотность раствора изопропилового спирта (до 80%) также зависит линейно от концентрации ($R > 0,99$), причем при увеличении концентрации плотность раствора уменьшается. В исследованном нами диапазоне концентраций раствора сахара (от 30 до 180 г/100 мл) зависимость плотности от концентрации описываются полином второй степени ($R > 0,99$).

Зависимость показателя преломления раствора лимонной кислоты от концентрации представлена линейной функцией ($R > 0,99$), показатель

преломления раствора изопропанола связан с концентрацией полиномом второй степени (коэффициент регрессии превышает 0,99). Для раствора сахара полученная зависимость показателя преломления от концентрации описывается полиномом второй степени ($R > 0,99$). Раствор сахара отличается от других задействованных в нашем исследовании растворов тем, что он оптически активен и имеет желтоватую окраску, поэтому нами для этого раствора были проведены измерения оптической плотности и угла поворота плоскости поляризации, полученные зависимости также описываются полиномами второй степени с коэффициентом регрессии превышающим значение 0,99. Измерения оптической плотности проводились с помощью двухлучевого фотоэлектроколориметра ФЭК-56М с применением фиолетового светофильтра (№3 $\lambda = 400$ нм, полуширина полосы пропускания 45 ± 10 нм), угол поворота измерялся поляриметром СМ-2 с применением кюветы длиной 2,00 дм. При получении градуировочного графика для исследуемых растворов применялся описанный в [2] подход, который также пригоден и для расчета неизвестной концентрации.

Также нами установлено, что для растворов сахара в диапазоне концентраций до 90г на 100 мл зависимость плотности, угла поворота плоскости поляризации, оптической плотности и показателя преломления могут быть описаны линейными функциями ($R > 0,99$). Таким образом, для изучения зависимости физических характеристик растворов (на примере растворов лимонной кислоты, изопропанола и сахара до 90г/100 мл) в рамках учебно-исследовательской работы студентов можно применять денсиметрические и рефрактометрические методы анализа, а для раствора сахара – также колориметрические и поляриметрические методы анализа. Выявленной особенностью денсиметрического метода является наличие линейной зависимости плотности от концентрации для всех исследованных нами растворов при отмеченном выше ограничении концентрации раствора сахара.

Выводы. Проведенные нами измерения таких физических характеристик как плотность и показатель преломления для растворов лимонной кислоты, сахара и изопропилового спирта выявило наличие сильных взаимосвязей указанных величин, позволяющих в учебных и исследовательских целях определять концентрации двухкомпонентных растворов косвенным методом посредством измерения плотности раствора, его показателя преломления, а также (для раствора сахара) угла поворота плоскости поляризации и оптической плотности. Полученные данные представляют собой основу для дальнейшего исследования физических характеристик трехкомпонентных растворов.

Список литературы

1. Васюков Я.И. Определение коэффициента теплового расширения жидкостей (на примере воды) / Я.И. Васюков // Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины: Материалы 73-й открытой научно-практической

конференции молодых ученых и студентов ВолгГМУ с международным участием – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2015. С. 637-638.

2. Колесникова Н.С. Применение информационных технологий для определения концентрации раствора с помощью поляриметра / Н.С. Колесникова // Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины: Материалы 69-й открытой научно-практической конференции молодых ученых и студентов ВолгГМУ с международным участием – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2011. С. 27

Тоирова Д., 2-босқич

СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИ: САЛОМАТЛИК ВА УЗОҚ ЯШАШ КАФОЛАТИ

Илмий раҳбар: ф.ф.н. Ахмедова З.А.

Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти. Ўзбекистон
Ижтимоий фанлар кафедраси

Соғлом турмуш тарзи бу инсоннинг ҳаёти ва саломатлиги хавфсизлигини таъминлашга хизмат қилувчи кўникмаларга эга бўлиши асосда ҳаётининг фаолиятини йўлга қўйиш ва ҳамда саломатлигининг юқори даражада бўлишга эришишни таъминловчи ижтимоий ҳодисадир. Соғлом турмуш тарзи – инсон турмуш шароитларини фаол ўзлаштириш усули бўлиб, кун тартибига риоя қилиш, фаол ҳаракат асосида организмни чиниқтириш, спорт билан шуғулланиш, тўла ва сифатли овқатланиш, овқатланишнинг гигиеник қоидаларига риоя қилиш, мулоқот ва экологик маданиятга эришиш, умуминсоний ва миллий қадриятлар асосида маънавий тарбия олиш, зарарли одатлардан ўзини тута билиш демакдир. Соғлом турмуш тарзи кечириш бу инсоннинг ўзига этибори, ўзини англаб етишидир.

Соғлом турмуш тарзини тарғиб қилиш ҳар хил йўналишларда олиб борилиши лозим. Бу бир томондан талабалар ва катталарга соғлом турмуш тарзига оид маълум бир тиббий ва гигиеник билимларни беришга, уларга соғлом турмуш тарзини организм ривожига қандай таъсир этиш ҳақидаги тасаввурларнинг уйғонишига қаратилган бўлса, иккинчи томондан, таълим – тарбияда гигиеник қоидаларига амал қилиш ўзини ва ён атрофидагиларни соғлигини асрашни кундалик одатга айлантириш кўникмаларини шакллантиришга боғлиқдир.

Соғлом турмуш тарзи жамиятнинг ҳар бир аъзосини икки йўналиш бўйича ҳаракатини йўлга қўйишида амалга ошади. Ўз соғлигини яхшилаш ва шакллантириш бўйича ишни гигиеник қоидаларга риоя қилишдан бошлаш, чиниқиш, жисмоний маданият билан шуғулланиш, йўқотилган энергия ва овқатланишни доимий мувозанатига эришиш.

Соғлом турмуш тарзи кечириш инсон ҳолатидаги қуйидаги нормаларни ўз ичига олади: доимий ва онгли равишда ўз соғлиги ҳақида қайғуриш; соғлиқ ҳақида қайғуриш оқилона, мушоҳадали ташкил этилиши, организмга зарар етказмаслиги, ортиқча чарчашга олиб келмаслиги зарур; инсоният тарихи шуни

кўрсатадики, ялқовлик ва соғлиқ бир-бирига мутлақо мос бўлмаган нарса ҳисобланади; соғлиққа кам ҳаракатли турмуш тарзи, маст қилувчи ичимликлар ичиш, гиёҳванд моддаларга ружу қўйиш, сигарет чекиш, нотўғри овқатланиш, дам олишни билмаслик; ҳар нарсадан хавфсираш, кўрқиш, доимий норозилик кайфияти, хоҳишлар ўртасидаги қарама-қаршилик, доимий норозилик кайфияти, қаноатланмаслик ҳисси, ўзининг ёмон кайфиятини бошқаларга сингдиришга ҳаракат қилиши, ғаразгўйлик кайфияти, ҳасад соғлиқ учун зарарлидир. Ёшларда соғлом турмуш тарзини шакллантиришнинг беш асоси мавзуд. Инсоннинг биринчи навбатда маънавий олами, маданияти юксак бўлиши даркор. Соғлом турмуш тарзига амал қилиш учун эса инсонда юксак онг, қатъий ирода бўлиши лозим. Зеро, ушбу сифатлар маънавият ва маданият орқали шакллантирилади. Янгиликка интилиш, билимлилик ва маданиятлилик даражаси, масъулиятлилик, дунёқараш ва тафаккур ривожини маънавий асосларни; бақувват ирода, сабр-тоқат ва бағрикенглик, ҳаётини кўникмаларни такомиллаштириш, хушмуомалалик руҳий асосларни; жисмоний камолот, куч-ғайрат ва шижоат жисмоний асосларни; соғлом турмуш тарзини ёшлар англаши ва атрофидагиларга ҳам бефарқ бўлмаслиги тиббий асосларни; инсон ички ва ташқи дунёси гўзаллиги, тана ва руҳ уйғунлиги эстетик асосларни ташкил этади. Агар барча мамлакатлар аҳолиси соғлом турмуш тарзи қоидаларига амал қилсалар, инсон соғлигини мустаҳкамлаш, меҳнат қобилиятини яхшилаш, умр кўришини узайтириш, бўлажак авлод соғлом бўлиши каби ҳаётини муҳим кўрсаткичлар ижобий бўлади.

Утегалиева М.У., 2-курс

ПРАВОВОЙ СТАТУС ЧЕЛОВЕЧЕСКИХ ОРГАНОВ ДЛЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ

Научный руководитель: к.ю.н. Демченко Е.В.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская
Федерация

Кафедра судебной медицины и правопедения

Трансплантология - прогрессивно развивающаяся отрасль медицины, изучающий проблемы трансплантации, а также перспективы создания искусственных органов. Правовой статус человеческих органов для трансплантации является одной из наиболее актуальных и обсуждаемых тем в международном сообществе. Эта проблема является объектом внимания одновременно и юридического и медицинского сообществ.

Сама по себе трансплантация - это не преступление. Она осуществляется в защищенном правовом пространстве, которое регулируется в первую очередь Конституцией РФ, ФЗ от 22 декабря 1992 г. №4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека», а так же N 323-ФЗ от 21.11.2011г. "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Уголовным кодексом РФ.

В то же время проблема незаконной трансплантации органов и (или) тканей является одной из важнейших и общественно-опасных в современном мире, она посягает на важнейшие объекты, охраняемые уголовным законодательством - здоровье и жизнь человека.

В настоящее время во всем мире спрос на операции в области трансплантации органов и (или) тканей постоянно растет, а доноров для трансплантации не хватает. В связи с этим, возникает проблема незаконной торговли человеческими органами для производства операций в области трансплантации. Статистические данные демонстрируют необходимость совершенствования нормативно-правовой базы. В 2017г. было трансплантировано 86,3% изъятых донорских почек. Лидеры количества медицинских организаций, относящиеся к донорским стационарам, по данным 2017г., находится в Московской области – 33. В Самарской области – 17, Москве – 17, Санкт-Петербурге – 12, Красноярском крае – 12.

Цель. Анализ нормативно-правовых актов, регулирующих порядок и законность пересадки человеческих органов, определение их правового статуса.

Материалы и методы. База данных НПА, предметом правового регулирования которых являются общественные отношения в сфере трансплантологии. Используются методы слепой выборки, анализа и синтеза.

Результаты. Трансплантация – это вид оперативного вмешательства, цель которого в пересадке органа от донора к реципиенту. Закон РФ допускает трансплантацию от живого донора и от трупа. Однако, вопрос о статусе органов человека вызывает споры. Одни юристы считают, что это - неотъемлемые части организма, которые нельзя отнести к понятию «вещи» и рассматривать как предмет гражданско-правовых сделок. Другие – что трансплантаты есть вещи, ограниченные в обороте. Их купля-продажа запрещена под страхом уголовной ответственности (ст.15 Закон РФ от 22.12.1992 N 4180-1 "О трансплантации органов и (или) тканей человека", Статья 120УК РФ «Принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации» и статья 127.1. УК РФ «Торговля людьми в целях изъятия у потерпевшего органов или тканей»). Наиболее распространенной в анализируемых нами источников является точка зрения, что части тела человека являются особыми самостоятельными объектами гражданских правоотношений.

Выводы. Полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что проблема трансплантации человеческих органов и тканей нельзя рассматривать только в правовом аспекте, так как в данном случае решающую роль здесь играет и этический аспект. Правовой статус человеческих органов требует согласованного законодательного регулирования.

Хамдамов А., 4 курс

СОҒЛОМ ОИЛА-СОҒЛОМ ЖАМИЯТ

Илмий раҳбар: ф.ф.д. Ҳусейнова А.А.

Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти. Ўзбекистон

Ижтимоий фанлар кафедраси

Оила миллат ҳаёти, тарихининг бир бўлаги, унда аввало аждодлар насли, руҳияти, турмуш тарзи ва ўтмиш кечинмалари яшайди, томчида қуёш акси каби оилада аждодлар ҳаётининг наслий қадриятлари намоён бўлади. Шундай экан, ҳаётнинг кадр-қиймати, оиланинг азиз ва муқаддаслигини ҳис этган ҳар бир инсон келажак учун соғлом ва миллатимизга муносиб фарзандларни вояга етказишни бурч сифатида тан олмоғи лозим.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 2 февралдаги “Хотин-қизларни қўллаб-қувватлаш ва оила институтини мустаҳкамлаш соҳасидаги фаолиятни тубдан такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги ПФ-5325-сонли Фармонининг устувор йўналишларидан бири бу “Соғлом оила-соғлом жамият” концепциясидир.

“Оила жамият ва давлат ҳимоясида” конституциявий принципини кенг тарғиб этиш ва жамиятга сингдириш ишларини олиб бориш, “Соғлом оила – соғлом жамият” ғоясини ҳаётга татбиқ этиш, яратиб берилаётган ҳар бир имкониятдан фойдаланиб, оилаларда, таълим муассасасида маънавий муҳитни соғломлаштириш орқали жамиятнинг бошқа қатламларига кириб бориш кўзда тутилган. Ўз ўрнида ушбу қабул қилинган Фармон хотин-қизларнинг ҳуқуқлари ва қонуний манфаатларини таъминлашни сифат жиҳатидан янги босқичга олиб чиқиши ҳамда уларнинг оила ва жамиятдаги ўрнини мустаҳкамлашга хизмат қилиши билан аҳамиятлидир.

Оиланинг асосий вазифаси ҳам жамиятга фидойи комил инсонларни етиштириб беришдан иборат. Зеро, соғлом бола бу соғлом оиланинг мевасидир. Соғлом инсон деганда, фақат жисмоний сиҳат-саломатликни эмас, балки ўзбек халқига хос шарқона одоб-ахлоқ, миллий ғоя ва бағрикенглик, инсонпарварлик каби эзгу ҳис-туйғулар руҳида камол топган маънан етук инсонни тушунишимиз мумкин. Зеро, маънавий соғлом инсонлар аввало юрт тинчлиги, халқ фаровонлиги ва халқнинг эртанги куни учун қайғура оладилар. Бевосита оиладаги соғлом муҳитмаънавий соғлом инсоннинг таянч манбаидир.

Буюк аллома Абу Али Ибн Сино ўзининг “Тадбири манзил” асарининг катта бир бобини оила ва оилавий тарбия масалаларига бағишлагани бежиз эмас. Ибн Сино оила бошлиғи олдида катта талаблар қўйди, фарзандларни бир бирига нисбатан меҳрибон қилиб тарбиялаш ҳақида фикр юритади. Оиладаги ёмон тарбия фақат шу оиланинг ўзигагина салбий таъсир кўрсатиб қолмасдан, бошқа оилаларга ҳам салбий таъсир қилиши мумкинлигини, тўғри тарбия оила бахтининг муҳим асоси эканлигини уқтиради. У яна таъкидлайдики, шароити қандай бўлишидан қатъий назар, бола тарбияси ота-оналарнинг асосий вазифасидир, ота - она давлат бошлиғими ёки жамиятнинг оддий аъзосими, барибир бола тарбияси масаласида уларга бир хил талаб қўйилади.

Оила манфаатлари билан оила аъзоларининг ҳар бирига таалуқли манфаатлар монандлиги изчиллик билан босқичма-босқич тарбияланиб борилган шароитда соғлом ижтимоий муҳит майдонга келади. Бундай оилада яшаётганларнинг ўзига хос индивидуал интилишлари инобатга олингани холда, ҳаётдаги хусусийликка бўлган ҳурмат ҳисси ҳам амалда ҳукм суради. Айнан

шундай муҳит оила аъзоларининг ҳар бирига хос шахсий ғурур, шахсий орномус сингари сифатларни тарбиялаб бориш билан бирга, оила ғурури, оила орномуси каби ижтимоий омилларни шакллантиради. Ориятли фарзанд ўз шахсига доғ тушурадиган ҳаракатларни қилмасликка уринибдики, у ҳеч қачон ва ҳеч қаерда оила шаънига иснод келтирадиган ишларни қилмайди.

Соғлом оила жамият гултожиси бўлса, соғлом фарзанд - келажақ кўзгусидир. Бугунги ёшлардан, яъни биздан келажақ эгалари етишиб чиқади. Ёшлари соғлом, баркамол бўлган жамият равнақ топади. Шунинг учун ҳам мамлакатимизда “Соғлом оила – соғлом жамият” концептуал ғояси устивордир.

Мукимов И.И., 1-курс

ДЕТОРОДНАЯ ФУНКЦИЯ САМОК КРЫС И РАЗВИТИЕ ПОТОМСТВА ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ВОЗДЕЙСТВИИ

Научный руководитель: к.м.н. Хасанов Б.Б.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.
Узбекистан

Кафедра гистологии и медицинской биологии

Одной из наиболее частой причиной экстрагенитальной патологии среди женщин детородного возраста, к сожалению, все еще остаются кишечные инфекции. Это положение еще усугубляется и тем, что патология матери при беременности и в период грудного вскармливания отражается на эмбриональном развитии плода и становлении организма новорожденного в период раннего постнатального онтогенеза. Вместе с тем, до настоящего времени остаются малоизученными особенности протекания беременности и развития потомства при сальмонеллезной инфекции матери.

Цель. Изучение влияния инфекционного воздействия на детородную функцию и развитие потомства в период раннего постнатального онтогенеза.

Материал и методы. В работе были использованы половозрелые самки белых беспородных крыс (20) и их потомство – 1,3,7,15,21 и 30 суточные крысята (125). Для воспроизведения модели сальмонеллезной инфекции на 10 сутки беременности самкам первой опытной группы per os 2 млрд бактерий *Salmonellae typhimurium*. Для оценки детородной функции учитывали: продолжительность беременности, афертильность, случаи выкидышей, смертность во время беременности, среднее количество крысят в помете и постнатальную смертность крысят. Для исследования развития крысят определяли массу тела, вес тимуса, селезенки и печени. Полученные данные обрабатывали методом вариационной статистики по Фишеру-Стьюденту. Достоверным считали различия удовлетворяющие $P < 0,05$.

Результаты. Изучение детородной функции самок контрольной группы показало, что все самки были оплодотворены, и беременность благополучно завершилась родами, случаев афертильности, смертности самок в период беременности и выкидышей не отмечалось. Продолжительность беременности в среднем составляла $21,6 \pm 0,07$ суток. Среднее количество крысят в помете у

них равнялось $9,68 \pm 0,45$. В 6,2% случаев отмечалась постнатальная смертность, из которой 5,4% приходилось на 1-3 сутки и 0,85% на 3-7 сутки. При инфицировании самок сальмонеллами привело к появлению случаев афертильности – 8%, выкидышей – 10% и смертности при беременности – 4%. При продолжительности беременности $21,4 \pm 0,06$ суток среднее количество крысят в помете составляло $9,45 \pm 0,55$. Наблюдалось увеличение постнатальной смертности крысят до 19,5% (12% на 1-3, 4% на 3-7 и 3,5% на 7–10 сутки после рождения). Потомство от самок с сальмонеллезом отставало в весе относительно контрольных животных вплоть до 21 суток развития. Кроме того, на 1 сутки после родов уменьшение веса тимуса ($7,2 \pm 0,18^*$ при контроле $10,2 \pm 0,33$) и селезенки ($5,4 \pm 0,06^*$ при контроле у контрольных животных $7,4 \pm 0,34$), сменялось на 3-и ($24,5 \pm 0,35^*$ при контроле $31,6 \pm 1,02$) 7-е ($36,7 \pm 0,73^*$ при контроле $31,6 \pm 1,02$) сутки после рождения 1,2 кратным увеличением массы селезенки. Нарушения пищеварительно-всасывательной функции и интоксикация организма матери, сопровождающие сальмонеллезную инфекцию, по-видимому, оказывая отрицательное влияние на детородную функции, способствуют увеличению постнатальной смертности и отставанию в развитии потомства.

Выводы. Таким образом, в результате нашего исследования установлено, что при инфекционном воздействии на организм матери происходит нарушение детородной функции, увеличение постнатальной смертности крысят, и отставание роста и развития потомства.

Облокулов З.О., 2-босқич

ОВҚАТЛАНИШ ТАРКИБИНИНГ АНИҚ ЖИНСЛИ БОЛА ТУҒУЛИШИГА ТАЪСИРИ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛ ИШ)

Илмий раҳбар: т.ф.н. Хасанов Б.Б.

Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти. Ўзбекистон
Гистология ва тиббий биология кафедраси

Бир ёки бошқа жинсдаги болани тўғилиши истаги табиий. Маълумки, боланинг жинси одамга боғлиқ. Аслида, ҳар қандай тухум хужайраси фақат X хромосомаларини ўзида тутди ва ҳеч қачон Y хромосомаси бўлимайди. Аксинча, эркак жинс хужайраси –сперматозоидда X ва Y хромосомалар бўлади. Уруғлантиришга тайёргарлик жараёнида хромосомалар бўлиниб, сперматозоидаларнинг бир қисми 22 одатдаги хромосома + бита Y-хромосома олади. Шундай қилиб, сперма хужайралари бир хил эмас: 22 та оддий хромосомадан ташқари уларнинг ҳар бири X хромосомасига ёки Y хромосомасига эга. Агар тухум хужайраси (22+X) X хромосомасини (22+X) ўз ичига олган сперма билан уруғланса, хромосома тўпламига эга эмбрион 44+XX бўлади – демак, қиз бола туғилади. Агар тухум хужайраси Y хромосомасини олиб борувчи сперма томонидан уруғлантирилса, у ҳолда 44+XY бўлган хромосомалар билан ўғил бола туғилади. Шунинг учун уруғланишда сперматозоидининг жинсий хромосомаси боланинг жинсини белгилайди.

Аммо лекин, фақат ўғил болалар ёки қиз болалар туғилган оилалар мавжуд бўлсада, ҳар йили ўғил болалар азгина кўпроқ туғилишини инобатга олмасак. ўғил болалар ва кизлар тенг туғилиши кузатилади,

Сўнги йиллар адабиётда келажакдаги туғуладиган боланинг қайси жинсида туғулишига таъсир қилувчи кўплаб фактлар тўпланган, улар: насл, ташқи шароит, ота онанинг ёши, ота онанинг овқатланишига боғлиқлигини кўрсатаётдилар. Шу билан бирга, бу саволнинг кўз юмиб бўлмайдиган эстетик томони бор, болани жинсини ота-онанинг илтимосига биноан ўзгартириш мумкинми ёки тиббиёт ходимларидан рухсат олиш керакми? Бу савол устида бугунги кунда бутун дунё олимларини бош қотиришяпти. Шунга қарамай, туғилишдан олдин боланинг жинсини режалаштириш мумкинми деган савол ҳали ҳам долзарб.

Шунинг учун, бизнинг ишимизнинг мақсади озикланиш сифат таркибинининг туғиладиган боланинг жинсига таъсирини ўрганишдан иборат эди.

Материаллар ва тадқиқот усуллари. Ишда 170-190 грамм бўлган жинсий балоғатга етган (4 ойлик) оқ зотсиз урғочи каламушларда (50 дона) ўтказилди. Эксперимент учун ҳайвонлар 2 гуруҳга бўлинди, ҳар бирида 25 та урғочи ҳайвонларнинг биринчи гуруҳи овқат рационига асосан: донлар - маккажўхори, буғдой, нон, пичан, қуритилган ўрик ва беда билан озикланарди, бошқача айтганда, бу гуруҳда нотўлиқ овқатланиш рационини эди. Биринчи гуруҳдан фарқли равишда, иккинчи гуруҳида гўшт (кўй, мол гўшти), тухум, колбаса ва сут, кўкликлар, карам, кади, дон махсулотлари, ёки ҳайвон оқсиллари, углеводлар ва ёғларга бой, овқатланиш рационини тайинлаган эди. Олинган натижалар Фишер-Студент бўйича статистика усули бўйича ишланди.

Натижалар ва хулоса. Изланишимизнинг натижасига кўра сифатли рацион белгиланган урғочи каламушларда ҳомиладорлик даври меъёрга тенг бўлиши, каламушларнинг ўлими камайиши, туғилган авлод ўртача сонининг кўпайиши ва туғилган каламушлар орасида урғочи каламушлар сони кўпайиши кузатилди. Аммо лекин, озикланишида протеин, ёғлар ва витамин етишмовчилиги, калий ва натрий ионларининг миқдори кўп бўлган урғочи каламушлардан, аксинча эркак каламушлар туғилишининг кўпайиши кузатилди. Ушбу ишимиз бирламчи текшириш натижалари, кейинчалик муаммо юқорироқ методологик даражада ва чуқурроқ ўрганишни талаб қилади. Лекин шунга қарамасдан, бизнинг тадқиқот натижаларига кўра, одамлар орасида ўғил бола туғилиши учун оқсиллар, ёғлар, углеводлар ва витаминларга бой, сифатли овқатланиш керак деган фикрлар ҳақиқаттан йироқроқ бўлса керак.

19-СЕКЦИЯ. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА

Бабашова Ф.Р., 5-курс, Бадрутдинова Д.В., 5-курс, Минибаева Я.Р., 5-курс

ВЫЯВЛЕНИЕ ВНЕЛЕГОЧНЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ

Научный руководитель: к.м.н., доц. Тен М.Б.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская
Федерация

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии¹

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в настоящее время туберкулез является одной из десяти ведущих причин смертности в мире и лидирующей причиной смерти от одного инфекционного агента. Миллионы людей продолжают заболевать туберкулезом каждый год. Важно отметить, что в 2017 году в мире заболел туберкулезом один миллион детей и двести тридцать тысяч детей умерли от него (включая детей с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом). В России в 2017г. показатель заболеваемости туберкулезом составил 48,3 человек на 100 тыс. взрослого населения и 9,7 на 100 тыс. детского населения, смертность составила 6,4 случая на 100 тыс. населения. В Оренбургской области в 2017 г. отмечена заболеваемость 65 случаев на 100 тыс. взрослого населения и 9,6 на 100 тыс. детского населения, смертность среди взрослого населения – 5,4 случая на 100 тыс. населения. Анализ многолетней динамики эпидемиологических показателей свидетельствует об улучшении эпидемической обстановки по туберкулезу в стране, тем не менее в регионе она остается напряженной.

Несмотря на то, что туберкулезная инфекция является хроническим заболеванием организма с преимущественным поражением легких, в некоторых случаях органы внеторакальной локализации не могут оставаться абсолютно интактными при развитии болезни. При этом внелегочный туберкулез, обладая меньшей контагиозностью по сравнению с лёгочными его формами, зачастую диагностируется несвоевременно, на стадиях осложнений и необратимых изменений.

Цель. Провести клинико-эпидемиологический анализ заболеваемости внелегочным туберкулезом детей Оренбургской области.

Задачи. Провести сравнительный анализ заболеваемости туберкулезом органов дыхания и внелегочным туберкулезом; определить клиническую структуру туберкулеза внелегочной локализации; оценить особенности выявления и диагностики туберкулеза в каждом случае.

Материалы и методы. Проведен анализ медицинских карт всех детей (11) с диагностированным изолированным туберкулезом внелегочной локализации в Оренбургской области за 2016-2018 гг. Использовался метод непосредственного наблюдения за больными с оценкой тяжести состояния, клинической картины заболевания, лабораторных и инструментальных методов, а также бактериологических и патоморфологических методов

диагностики туберкулеза. Эпидемиологический анализ проводился с учетом данных учетной формы N 089/у-туб "Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, с рецидивом туберкулеза". Рассчитывались показатели заболеваемости внелегочным туберкулезом, показатели соотношения больных легочным и внелегочными формами туберкулеза. Критерии исключения из исследования: возраст старше 15 лет, сочетание туберкулеза органов дыхания с туберкулезом внеторакальной локализации.

Результаты. При расчете показателей заболеваемости туберкулезом органов дыхания и внелегочным туберкулезом у детей было установлено, что в 2016г. заболеваемость туберкулезом органов дыхания составила 11,1 случая на 100 тыс. населения, тогда как заболеваемость внелегочными формами туберкулеза - 1,6 случая (6 случаев). В 2017 году заболеваемость легочными формами туберкулеза у детей составила 10,0 случаев на 100 тыс. населения, внелегочными формами – 0,3 (1 случай). Заболеваемость туберкулезом органов дыхания в 2018г. составила 10,1, внелегочным туберкулезом – 1,1 на 100 тыс. населения (4 случая). Таким образом, в период исследования показатель заболеваемости туберкулезом органов дыхания у детей значительно превышал показатель заболеваемости внелегочным туберкулезом. Данное обстоятельство можно объяснить патогенетическими особенностями развития туберкулеза, преимущественно аэрогенным путем передачи возбудителя болезни. В исследуемый период в 2016 г. заболеваемость легочным туберкулезом превышала заболеваемость внелегочным туберкулезом в 7 раз, в 2017 – в 33 раза, в 2018 – в 6,3 раз. Важно отметить, что в клинической структуре внелегочного туберкулеза в исследуемый период преобладал туберкулез почек – 46% (5 случаев, из них - 4 случая туберкулеза паренхимы почек и 1 случай туберкулезного папиллита почки). Более редкими локализациями оказались: туберкулезный менингоэнцефалит – 18% (2 случая), туберкулез периферических лимфатических узлов – 9%, туберкулезный остит – 9%, туберкулезный мезаденит – 9%, колликвативный туберкулез кожи – 9% (по 1 случаю). При анализе особенностей течения болезни было отмечено, что клиническая картина при туберкулезе почек во всех случаях характеризовалась малосимптомным началом заболевания. Подозрение на туберкулез мочеполовой системы, как правило, возникало в результате посева мочи на микобактерии туберкулеза при диагностике по поводу латентной туберкулезной инфекции. При других вариантах специфического процесса выявление заболевания произошло по обращению пациентов с локальными жалобами.

Выводы. Внелегочные формы туберкулеза у детей отличаются разнообразием, что подтверждается наличием клинических форм, наблюдаемых у детей-пациентов в регионе за период с 2016 по 2018 год. В большинстве случаев первичная диагностика туберкулеза внелегочных локализаций оказалась затруднена, так как заболевание протекало скрыто или

под маской других патологических процессов. Всё это влечет за собой необходимость «туберкулезной» настороженности врачей всех специальностей.

Байдуллаева А.Б., 2-курс

ВЛИЯНИЕ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ НАПИТКОВ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

Научный руководитель: к.х.н., ст. преп-ль Карабаева К.У.
НАО «Карагандинский медицинский университет». Казакстан
Кафедра общей фармакологии

Цель. Выяснить и проанализировать, почему они так популярны в наше время, и какие побочные эффекты можно от них ожидать?

Материалы и методы. Для выяснения этого вопроса, было проведено анкетирование среди студентов КМУ, которые пробовали или употребляли энергетические напитки. Полученная информация опроса была проанализирована и сделаны выводы. Анкета состояла из вопросов, которые касались пола человека, возраста, курса обучения (если он/она студент), частота и объем ее употребления, ощущения после приема и др. Проанкетировано 97 человек, из которых 45 парни и 52 девушки от 18 до 25 лет. Из них: 18 лет – 13 чел., 19 лет – 32 чел., 20 лет – 16 чел., 21 год – 20 чел., 22 года – 4 чел., 23 года – 6 чел., 24 года – 2 чел., 25 лет – 4чел. Среди опрошенных 85% учатся на разных курсах (от 1 до 6) учебных заведений и только 14% уже работают.

Результаты. По полученным данным можно сделать вывод, что частота употребления напитков наиболее высока среди студентов 2-3 курсов (49,48%), меньше на 1-2 курсе (46%) и самая низкая на 5-6 курсе. Причины этого могут быть разные. Можно считать, студенты адаптировались к учебе и пробуют что-то новое. Опыт первого "знакомства" энергетическими напитками: 3 человека впервые попробовали в 12 лет. Большинство в 15 лет (22%) и 16 (29%). Именно в этом возрасте подростки пробуют что-то новенькое, в какой-то мере хотят самоутвердиться. 45% -м опрошенных молодых людей понравился вкус напитка, 22% – имеют противоположное мнение и промежуточное положение заняли оставшиеся 33%. В состав входит больше количество усилителей вкуса, и этот комплекс, действуя на вкусовые рецепторы, создает сладкий приятный вкус, а не горечь и жжение. Все энергетики содержат в своем составе много глюкозы и сахарозы. К самым распространенным добавкам относят: кофеин, теобромин и таурин, глюкуронолактон и L-карнитин, витамины В и D-рибоза, гуарана и женьшень, и некоторые производители включают в состав разные красители, консерванты, регуляторы кислотности, стабилизаторы и так далее. Если выпить одну баночку энергетика, то особого вреда организму принести не получится, но их систематическое употребление может стать причиной серьезных проблем. Энергетики вызывают зависимость в организме и когда организм не получает очередную дозу, то человек ощущает упадок сил, раздражительность. Типичное высокое содержание сахара (обычно около 9% или 10%) не только делает энергетические напитки более калорийными, но и

препятствует всасыванию жидкости и может привести к спазмам в животе и кофеин в энергетических напитках повышает натрийурез. Он также действует как мочегонное средство, что приводит к большим потерям жидкости, при частом употреблении и передозировке страдает сердечно-сосудистая система (может возникать аритмия, наблюдаться скачки давления и учащенное сердцебиение), у мужчин возникают проблем в сексуальной сфере (снижается потенция), влияют на нервную систему, у человека возникает бессонница, беспричинное беспокойство, немотивированная нервозность, депрессии, часто наблюдаются скачки сахара в крови, истощение, тошнота и рвота, а также тремор. В некоторых развитых странах, некоторые случаи смерти были связаны с чрезмерным употреблением энергетических напитков. Поэтому некоторые правительства ввели ограничения на их ввоз и продажу. Например, такие страны, как Франция, Турция, Дания, Норвегия, Уругвай и Исландия, полностью запретили на рынке энергетические напитки с высоким содержанием кофеина и таурина. Другие страны, такие как Швеция, разрешают продажу энергетических напитков только в фармацевтических магазинах в качестве лекарственных средств. В других странах, таких, как Канада, требуется, чтобы предупреждающие знаки четко предупреждали об их использовании детьми или беременными женщинами, потреблении в больших количествах и с алкоголем. Однако во многих развивающихся странах, в том числе и в Казахстане, продажа и использование энергетических напитков остаются нерегулируемыми.

Выводы. В результате исследования выяснилось, что только 22% студентов имеют отрицательное отношение к потреблению энергетических напитков. В то же время 70.1% студентов, зная что вредно для организма, употребляют энергетических напитков. Исследование показывает, что нужно больше уделить внимание, ограничить чрезмерное употребление и их ввоз продажу.

Дуйсембаева А.Н., аспирант 1-года

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ
КРОВООБРАЩЕНИЯ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ
ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ**

Научный руководитель: д.м.н. проф. Борщук Е.Л.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская

Федерация

Кафедра ОЗиЗ№1

Высокий уровень заболеваемости, инвалидности и смертности от болезней системы кровообращения (БСК) представляет собой прямую угрозу здоровью населения и приводит к значительному экономическому ущербу. В работоспособном периоде жизни людей, на которое полагается основное бремя выработки внутреннего валового продукта, от величины которого зависит благосостояние нации, БСК составляют более 1/3 всех случаев смерти.

Цель. Изучить изменения заболеваемости, смертности и летальности жителей области по причине болезней системы кровообращения.

Материалы и методы. Объектом изучения послужили взрослое трудоспособное население области. Изучаемый отрезок времени с 2009 по 2016г. Использовались сведения из форм №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения», №14 «Сведения о деятельности стационара». Показатели смертности использованы из данных Территориального органа Росстата по Оренбургской области (№С51 «Сведения об умерших по полу, возрасту и причинам»).

Результаты. За последние 7 лет возросла общая заболеваемость БСК на 9,7% (с 338,4‰ до 375,0‰). За период 2009-2016 годов уровень первичной заболеваемости взрослого населения БСК увеличился на 38,4% (с 29,3 на 1000 населения - в 2009 году до 47,6 на 1000 - в 2016 году). В 2016 году увеличился относительно 2015 года на 10,7%, составил 47,6 на 1000 населения и в многолетней динамике практически на уровне заболеваемости по Российской Федерации и Приволжскому федеральному округу. В 2016 выше, чем по РФ на 26,9% и выше, чем по ПФО на 10,4%. Многолетний показатель первичной заболеваемости БСК составил 43,9‰. Отмечена тенденция хронической патологии у жителей исследуемого региона. Средние темпы прироста первичной заболеваемости составляет 6,2%. По структуре на первом месте артериальная гипертензия, на втором месте - цереброваскулярные болезни, на третьем – ишемическая болезнь сердца. В Оренбургской области за отрезок с 2009 по 2016 год динамика коэффициента смертности по причине БСК характеризовалась уменьшением. Уровень смертности по причине БСК уменьшился на 33,4%, составив максимальные значения в 2010 году (840,6 на 100 000 населения) и минимальные – в 2016 году (608,2 на 100 000). При разборе показателей смертности жителей области отмечено, что в 2010г. зарегистрирован рост показателя на 4,5% относительно 2009г., а затем за непродолжительное время увеличение до цифр 796,8 на 100 000 населения. В структуре смертности лидируют БСК – 607,8 на 100 тыс. населения (45,0%), основной причиной является геморрагический инсульт.

Выводы. Таким образом, в области сохраняют тенденцию к росту показатели общей заболеваемости, а именно болезни, связанные с повышенным кровяным давлением. Продолжает расти первичная заболеваемость. В структуре смертности превалировать геморрагический инсульт.

Жумахан Н.Т., 2-курс

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕГИСТРАЦИИ ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ В ТУРКЕСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Научные руководители: д.м.н., проф. Сейтханова Б.Т., Шаймерденова Г.Г.

Южно-Казахстанская медицинская академия, г. Шымкент. Казахстан

Кафедра микробиологии

На сегодня, вне зависимости от диагностических и проводимых лечебных мер, туберкулез остается одним из самых распространенных и социально значимых заболеваний.

Эпидемиология распространенности заболевания туберкулезом в Казахстане можно считать соответствует мировым тенденциям, связанный с высоким показателем заболевания и сопровождения тяжёлыми осложнениями (туберкулезный менингит, миллиарный туберкулез) и смертностью населения. Как известно, инфицирование туберкулезом возможно на любом этапе жизни, заболевание не различает половой-возрастной принадлежности, ловко обходит социальный статус и неразборчива в профессиях, религии и национальности. Туберкулез длится годами, медленно или хронически. В течении болезни наблюдается колебания с периодами ухудшения состояния организма сменой улучшения и даже состоянием выздоровления. Нами проведен анализ регистрации случаев заболеваемости туберкулезом среди населения Туркестанской области за период 2014-2018 годы. В основу проведенного анализа легли статистическая форма отчётности за 5 лет, представленная ГККП «Областным противотуберкулезным диспансером» управления здравоохранения Туркестанской области. Результаты исследования показывают (таблица 1) в целом в области имеет место тенденции снижения заболеваемости туберкулезом населения, так снижение туберкулеза за 5 лет (2014-2018 год) исследуемого периода составило 1,9 раза. Необходимо отметить, что тенденция снижения туберкулеза прослеживается скачком интервала на 2 года, так за 2015-2016 годы отмечено снижение составило 260 случаев (17,8%) и за 2017-2018 годы снизилось на 338 случаев (23,8%). Аналогично отмечено увеличение туберкулеза за 2016-2017 годы на 21,3%.

Таблица 1

Показатель регистрации туберкулеза среди населения Туркестанской области за 2014-2018 годы

годы	всего	новый случай		повторный случай							
				рецидив		неудача лечения		лечение после перерыва		другие	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2014	2128	1474	69,3	313	14,7	27	1,3	15	0,7	299	14,1
2015	1457	1147	78,7	175	12,0	40	2,7	14	0,7	81	5,6
2016	1197	979	81,8	124	10,4	28	2,3	5	0,4	61	5,1
2017	1422	1240	87,2	72	5,1	9	0,6	4	0,3	97	6,0
2018	1084	923	85,1	78	7,3	13	1,2	8	0,7	62	5,7

В исследуемый нами 2014 год зарегистрировано 2128 случаев туберкулеза среди населения области. Из них имело место регистрации 1474 случаев или 69,3% нового случая заболевания и 654 случая или 30,7% повторного случая заболевания среди различного контингента населения. 2015 году зарегистрировано 1457 случаев туберкулеза, из них 1147 случаев или 78,7% нового случая заболевания и 310 случая или 21,3% повторный случай заболевания. 2016 году зарегистрировано 1197 случаев туберкулеза, из них 979 случаев или 81,8% нового случая заболевания и 218 случая или 18,2% повторный случай заболевания. Показатели 2017 года составило 1422 случая заболевания населения, из них 1240 случаев или 87,2% новый случай и 182 случая или 12,8% повторный случай заболевания и соответственно 2018 году зарегистрировано 1084 случаев туберкулеза, из них 923 случаев или 85,1% новый случай и 161 случай или 14,9% повторный случай.

Заслуживает внимание наличие регистрации из общего числа заболевания новый случай (первичный) и также повторный случай регистрации туберкулеза. Характеризирующее общее благополучие населения, выраженное социальным уровнем жизни, качеством медицинского обеспечения, грамотности населения и т.д. В рисунке 1 представлены удельный вес регистрации нового и повторного случая заболевания от общего числа регистрации заболевания туберкулеза за 2014-2018 годы. Где отмечается равномерное снижение регистрации повторного туберкулеза среди населения. Так, за исследуемый период 2014 год зарегистрировано 654 случаев повторного туберкулеза, 2015 году – 310 случаев, 2016 году – 218 случаев, 2017 году – 182 случая и 2018 году – 162 случая. Удельный вес снижения туберкулеза, в период 2014-2018 годов соответственно составляет, на 2015 год – 52,6, 2016 год – 29,7, 2017 год – 16,5% и 2018 год – 11,5. Указанные данные характеризуются как положительный эффект деятельности медицинских работников ПТО и ПМСП.

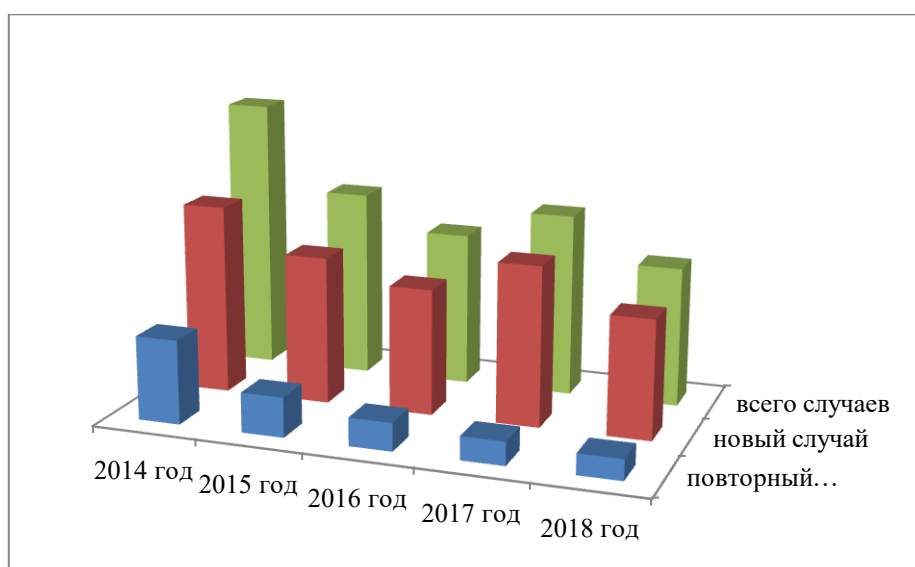


Рисунок 1 – Показатель удельного веса регистрации нового и повторного случая туберкулеза среди населения за 2014-2018 годы.

Также, на общем фоне снижения туберкулеза, отмечается тенденция снижения регистрации новых случаев (первичный туберкулез) заболевания. Удельный вес снижения в исследуемый период составляет на 2015 год – 22,2, 2016 год – 14,6 и 2018 год – 25,6. Однако, отмечено рост туберкулеза в 2017 году, как в абсолютных случаях – 261 и в удельном весе – 26,7 в сравнении 2016 годом. Таким образом, в проведенных нами исследованиях отмечается тенденция снижения первичного туберкулеза среди всех исследуемых группах, однако остается высоким уровень заболеваемости трудоспособном возрасте населения.

Зверко О.И., 5-курс, Холопица Ю.В., 5-курс

ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ САМООЦЕНКИ НА ПОНИМАНИЯ СУИЦИДА

Научный руководитель: д.м.н., доц. Сурмач М.Ю.

Гродненский государственный медицинский университет. Беларусь

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Анализируя природу самоубийств, современные исследователи акцентируют внимание преимущественно на изучении социально-структурных и экономических аспектов данной проблемы. Поэтому для более глубокого понимания природы и источников суицидального поведения все больше внимание концентрируются на осмыслении таких вопросов, как социально-демографические (гендерные, возрастные, профессиональные и пр.) характеристики, влияние религиозных взглядов, а также личная подверженность, основным пунктом которой можно назвать уровень самооценки.

Цель. Выявить закономерность в понимании суицида как социальной проблемы современного общества в зависимости от уровня индивидуальной самооценки человека.

Материалы и методы. В рамках программы медико-социологического исследования по профилактике суицида, проведен случайный бесповторный опрос 200 человек Гродненской, Минской и Брестской областей. Из них 115 (57,5%) женщины и 85 (42,5%) мужчин репродуктивного возраста. Средний возраст составил $33,8 \pm 10,4$ лет. Из всех респондентов 56,5% состояли в браке, 60,5% – имели как минимум одного ребенка. 71,0% являлись городскими жителями, 29,0% – сельскими. Высшее образование имело 30% выборки. Для работы использовался собственно разработанный опросник, отражающий наиболее важные аспекты проблемы суицида. Уровень самооценки оценивался по 10 бальной шкале (средний составил $7,5 \pm 1,3$).

Статическая обработка полученных данных проводилась в пакете программы «Statistica 10,0». Использовался критерий Манна-Уитни и χ^2 Пирсона. Уровень $p < 0,05$ был принят как статистически значимый. Все респонденты был разделены на 3 групп в зависимости от выставленных баллов:

1-5 б.– низкий уровень самооценки (16 человек, 8%), 6-8 б.– средний (140 человек, 70%), 9-10 – высокий (44 человек, 22%).

Результаты. Ознакомленность о проблеме суицида находится на одинаковом уровне среди населения, вне зависимости от их уровня самооценки. Также не зависимо от самооценки отношения всех опрошенных к суициду резко негативное.

Основные причины совершения суицида, по мнению респондентов, представлены в таблице 1

Таблица 1

Причины суицида, в зависимости от уровня самооценки

Причина самоубийств	1-5 баллов	6-8 баллов	9-10 баллов
Финансовые проблемы	75%	22,1%	13,6%
Проблемы в личной жизни	68,8%	50,7%	45,5%
Избежание наказания	87,5%	15%	11,4%
Моральное или физическое издевательство	56,3%	28,6%	11,4%
Религиозный фанатизм	100%	8,6%	9,1%
Психические заболевания	6,3%	34,3%	38,6%
Неизлечимая болезнь	37,5%	21,4%	25%
Непонимание окружающих, одиночество	12,5%	16,4%	4,5%
Потеря смысла жизни	56,3%	33,6%	25%
Алкогольная или наркотическая зависимость	62,5%	22,1%	27,3%
Подражательное самоубийство	6,3%	5,7%	6,8%
Смерть близких или родственников	18,8%	4,3%	6,8%
Привлечения внимания	12,5%	15,7%	11,4%

Примечание: достоверных различий ($p < 0,05$) между группами не выявлено.

Более половины опрошенных в каждой из групп (71,4%, 71,2%, 65,9%, соответственно) думают, что чаще попытки самоубийства совершают мужчины. По мнению 62,5% респондентов с низкой самооценкой решение о суициде является обдуманым, в отличие от групп со средней и высокой самооценкой, где опрошенные считают, что данное решение у самоубийц возникает спонтанно (59,3, 59,1%, соответственно).

Большинство респондентов в каждой из групп (46,4%, 62,5%, 54,5% соответственно) не могут оправдать суицид ни при каких жизненных обстоятельствах. Часть респондентов оправдали бы совершение суицида в группах в следующих случаях (данные представлены в таблицы 2).

Таблица 2

Случаи, в которых респонденты оправдали бы совершение суицида

Причина самоубийств	1-5 баллов	6-8 баллов	9-10 баллов
Материальное положение	0,7%	-	4,5%
Неизлечимое заболевание	21,4%	18,8%	13,6%
Избежание наказания	3,6%	-	-
Приём наркотических и алкогольных веществ	6,4%	6,3%	6,8%
Психические болезни	3,6%	12,5%	20,5

Примечание: достоверных различий ($p < 0,05$) между группами не выявлено.

Все респонденты в группе с низким уровнем самооценки (100%), 84% - со средним и 22% с высоким, считают, что всегда есть возможность предотвратить самоубийство ($p = 0,018$). Основные возможные методы предотвращения суицид путем отвлечения мыслей представлены в таблице 3.

Таблица 3

Основные возможные способы отвлечения от суицидальных мыслей

Причина самоубийств	1-5 баллов	6-8 баллов	9-10 баллов
Смена окружающей обстановки	25%	28,6%	25%
Новое хобби или увлечения	12,5%	10,7%	4,5%
Помощь психолога	31,3%	44,3%	45,5%
Новый круг общения	6,3%	10,7%	9,1%
Завести домашнее животное	18,8%	0,7%	2,2%

Предпринимали попытки совершения суицида 18,7% респондентов с низким уровнем самооценки, 4,5% с высоким, 0,7% - со средним ($p = 0,0005$).

Выводы: Уровень самооценки не влияет на общее понимания населением аспектов суицида. Суицид воспринимается как резко негативное явления, независимо от предшествующих причин. Население с низким уровнем самооценки чаще остальных совершали попытки суицида.

Иванов В.Г., аспирант

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ОНЛАЙН КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ В ПРЕОДОЛЕНИИ СТИГМАТИЗАЦИИ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИЕЙ

Научный руководитель: д.м.н., проф. Николаев Е.Л.

Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова, г. Чебоксары,

Российская Федерация

Кафедра социальной и клинической психологии

Проведённый в начале 2000-х годов Научным центром психического здоровья РАМН опрос показал наличие у большинства населения характерного

отношения к лицам с психическими проблемами. В ходе опроса задавались следующие вопросы: «Может ли человек, который лечился в психиатрической больнице, быть избран депутатом; работать в правоохранительной системе; работать с детьми; занимать какую-нибудь руководящую должность?». Никакой дополнительной информации более не предоставлялось. Опрос проводился несколько раз, но каждый раз результаты были похожи – от 68% до 84% опрошенных были против. Большинство даже не пытались что-либо уточнить. Для выражения своего неприятия им было достаточно знать, что человек уже лечился в психиатрической больнице [4].

Так проявляется социальная стигматизация – предвзятое, негативное отношение к отдельному человеку или группе людей, связанное с наличием у него или них каких-либо особых свойств или признаков [5]. В психиатрии стигматизация является наиболее устойчивой проблемой, мешающей улучшению качества жизни людей, нуждающихся в психиатрической и психологической помощи [10]. Люди с психической дезадаптацией и нуждающиеся в психиатрической помощи нередко чувствуют себя «изгоями», «другими» и еще больше отдаляются от общества. Лица с психическими расстройствами чаще других подвергаются дискриминации со стороны общества. Это происходит в семье, личной жизни, на работе, в средствах массовой информации, здравоохранении [2, 6].

Неудивительно, что люди, нуждающиеся в помощи, не спешат попасть на прием к психиатру, психотерапевту или психологу. Обзор зарубежных исследований распространенности психических заболеваний в разных странах выявил, что 50% страдающих депрессией вообще не обращаются за помощью к врачам. Лишь 25-20 % идут на приём к психиатру [8].

Это подтверждается и нашими собственными исследованиями. В ходе опроса своих 217 пациентов, получающих психологическую помощь в сети Интернет, выяснилось, что только 45 человек из них (20,7%) ранее обращались за помощью к специалистам: к психологу – 16,1% (35), психотерапевту – 3,7% (8), психиатру – 0,9% (2). Остальные либо ни к кому не обращались – 31,8%, (69), либо обращались к другим источникам помощи: к экстрасенсам – 14,3% (31), народным целителям – 10,6% (23), церкви (религии) – 12,4% (27). Ещё 7,5% (16) назвали конкретных представителей нетрадиционной медицины.

Самостигматизации наиболее подвержены мужчины и молодые люди в возрасте 18-32 лет [8], что также подтверждается нашими собственными данными. Данный возраст представляет собой пиковое окно начала возникновения общих расстройств [8]. Приведённые цифры дают возможность оценить распространённость самостигматизации лиц с психической дезадаптацией в современном обществе. Люди «примеряют на себе» все то, что думает про психически больных общество. Избегание обращения за врачебной помощью при психической дезадаптации приводит к откладыванию начала терапии.

Таким образом, преодоление стигмы или хотя бы ее ослабление является одним из важнейших направлений работы службы охраны психического

здоровья населения. На процесс стигматизации влияют как внешние, так и внутренние факторы. К внешним факторам можно отнести общественные стереотипы, проявляющиеся в иронично-враждебном отношении к людям с психическими расстройствами. К внутренним факторам стигматизации относятся низкая самооценка пациента; социальное дистанцирование; низкий уровень копинг-стратегий; низкий уровень социальной и семейной поддержки [1].

Современные исследования показывают, что не существует единственного способа борьбы со стигматизацией [2,5,7]. Для преодоления стигматизации лиц с психическими расстройствами необходимо проводить одновременную работу по многим направлениям. Должны быть разработаны комплексные меры, содержащие в себе различные механизмы и способы воздействия на различные группы населения. В европейском регионе по инициативе ВОЗ уже внедрены и продолжают развиваться программы, направленные на преодолении дискриминации и стигматизации психически больных [5].

Кроме просветительской работы, которая ведется в обществе, обязательно должна идти работа по нейтрализации негативных предубеждений, которые испытывает сам больной. Такую же работу необходимо проводить и с членами их семей. Именно на этом этапе можно оценить все достоинства виртуального взаимодействия психолог-пациент. Возможность онлайн общения как нельзя кстати подходит для тех, кто еще не решил для себя, нужна ли ему помощь психолога в решении возникшей ситуации. Преимущества онлайн консультирования помогают пациенту преодолеть первый страх и обратиться к врачу в комфортных для него условиях [3].

Этапы работы с пациентом при психологическом онлайн консультировании могут выглядеть следующим образом. На начальном этапе происходит установление контакта с пациентом. Наиболее эффективным способом установления контакта при онлайн консультировании можно считать использование сервисов для видеосвязи: Hangouts (<https://www.google.com/tools/dlpage/hangoutplugin>) – видеочат от Google, Skype (<https://www.skype.com>), Viber (<https://www.viber.com>), WhatsApp (<https://www.whatsapp.com>). Сервисы видеосвязи в большей степени способны устранить нежелательные последствия асинхронии контакта и способствуют созданию большего чувства присутствия, создаваемого видео пространством здесь и сейчас. В связи с чем, на данном этапе могут быть применены многие техники установления контакта, используемые при очном консультировании.

В данном же формате целесообразно проводить прояснение запроса пациента и проведение психодиагностического исследования путём заполнения пациентом интернет формы опросников. После чего пациенту предъявляется модель гармоничной личности, учитывающая ее материальные, социальные и духовные ценности, при оптимальном сочетании которых обеспечивается физическое и психологическое благополучие.

Далее происходит определение дисфункциональных зон жизнедеятельности личности, для чего проводится шкалирование всех рассматриваемых сфер и выявляются наиболее проблемные из них. Пациента просят определить наиболее проблемную сферу своей жизни, с которой ему важно начать работу. Обсуждение выстраивается на основе конкретного материала, который пациент сообщает психологу.

В процессе подробного обсуждения шкалированных данных основной акцент психотерапевтического воздействия ставится на устранении страхов и опасений, связанных с возникшей жизненной ситуацией. Упор делается на успокоении и вызывании определенной надежды на улучшение ситуации. Далее происходит знакомство с новыми, более адаптивными эмоциями, когнициями, поведением, моделями. Основной задачей психотерапевтического воздействия здесь является формирование у пациента активного противодействия болезненной ситуации.

В заключении идет вербализация нового позитивного опыта полученного в ходе сессии. Пациент проговаривает вслух наиболее значимую для себя информацию, полученную результате беседы. Указывает на те изменения, которые с ним произошли. Отмечает самое важное, что он увидел в ответах, которые пришли в результате беседы. Описывает текущие ощущения, ход мыслей и планы на будущее. Это помогает ему лучше осознать новые установки и укрепляется вера в себя. Также пациенту после консультации высылается запись разговора. Это помогает ему увидеть себя со стороны и еще раз прослушать наиболее значимую для себя информацию. Пациент, впервые обратившийся к такой форме общения со специалистом, может понять, что представляет из себя консультация с врачом. Зачастую после такой первой онлайн встречи пациенты преодолевают барьер страха, смущения и неуверенности и записываются на очную встречу со специалистом.

По мнению учёных, специалистам необходимо брать на себя ответственность за стигматизацию вместе с общественными организациями [10], а программы, осуществляемые через интернет, если не лучше, то по крайней мере столь же эффективны, как и традиционные [9]. При более низких затратах и большом охвате роль психологического онлайн консультирования в преодолении стигматизации лиц с психической дезадаптацией может быть довольно высокой.

Список литературы

1. Абрамов В.А., Студзинский О.Г., Абрамов А.В., Грачев Р.А. Общественно мнение как предпосылка стигматизации больных с психическими // Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2016. №1 (35). С. 55-62.
2. Дубицкая, Е.А. Стигматизация больных депрессией: дис. ... канд. мед. наук. М., 2009. 234 с.
3. Иванов В.Г. Возможности психологического интернет-консультирования лиц в состоянии психической дезадаптации // Коммуникации в информационном обществе: проблемы и возможности сборник научных статей. Чебоксары, 2017. С. 100-103.

4. Ротштейн В.Г., Богдан М.Н. и др. Основы психиатрической грамотности [Электронный ресурс]: метод. пособие для преподавателей / Обществ. инициативы в психиатрии, Благотвор. фонд «Качество жизни». М., 2008. 92 с. Режим доступа: http://www.pandepress.ru/files_pdf_ppt/manual.pdf
5. Титухин Н.В. Стигма и самостигматизация больных с аффективными расстройствами и пути их преодоления // Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2017. № 2 (38). С. 85-94.
6. Ястребов В.С., Михайлова И.И. Проблема стигмы в Российской психиатрии // Журнал социальной и клинической психиатрии. - 2006. - № 1. - С. 61-66.
7. Ястребов В.С. и др. Программа дестигматизации в психиатрии // Методические рекомендации. М., 2009.
8. Moffitt T.E., Caspi A., Taylor A. et al. How common are common mental disorders? Evidence that lifetime prevalence rates are doubled by prospective versus retrospective ascertainment // Psychol. Med. 2010. V. 40. P. 899–909.
9. Reavley N., Jorm A. Community and population based interventions to reduce stigma associated with depression, anxiety and suicide: a rapid review. 2013. https://w.w.w.saxinstitute.org.au/wpcontent/uploads/ECheck_REPORT_educing_stigma_2013.pdf
10. Sartorius N. Stigma: what can psychiatrists do about it // Lancet. 1998.- Vol. 352, № 9133. P. 1058-1059.

Камалова М.А., 4-курс

ПРИЗНАКИ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ У СТУДЕНТОВ БГМУ

Научный руководитель: ст.преп-ль Бехтерева А.В.

Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа. Российская
Федерация

Кафедра педагогики и психологии

Синдром хронической усталости (СХУ)- одна из самых распространенных патологий нашего времени, главным признаком которой является немотивированно выраженная общая слабость, на длительное время снижающая качество жизни человека и приводящая к общественно-социальной дезадаптации. Нагрузки которым подвергается студент в ходе учебного процесса в медицинском вузе усиливает уже имеющуюся дезадаптацию и может способствовать развитию или отягощению СХУ у студентов 2-го курса. Поскольку именно со второго курса повышается интеллектуально-информационная перегрузка, обусловленная наличием многочисленных учебных дисциплин, необходимых к усвоению, объем которых все время возрастает.

Исследование проводилось на базе Башкирского государственного медицинского университета. Объектом исследования стали 120 студентов 2-го курса лечебного и педиатрического факультетов. Для выявления признаков

СХУ использовали анкету «Выявление и оценка невротических состояний» (К.К. Яхин, Д.М. Менделевич), тест на интеллектуальную лабильность [1].

Анкетирование студентов по клиническому опроснику для выявления и оценки невротических состояний выявило достоверно низкие значения шкал тревоги, астении, невротической депрессии и вегетативных нарушений у 13 студентов, что указывает на болезненный характер выявляемых расстройств.

При исследовании интеллектуальной лабильности у большинства студентов выявлено среднее количество ошибок.

Полученные данные обуславливают необходимость разработки мероприятий, направленных на выявление и смягчение или устранение факторов, предрасполагающих к прогрессированию СХУ, проведение симптоматического лечения преобладающих проявлений синдрома.

Список литературы

1. Комаров С.Г. Синдром хронической усталости (диагностика и организация медицинской помощи).- Москва: МГМСУ, 2007.-24с.
2. Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем/ П.К Анохин Москва, 1972. - 372 с.

Кашаева Р.Р., 2-курс, Жулаушинова А.М., 2-курс

АНАЛИЗ ИНФОРМИРОВАННОСТИ СТУДЕНТОВ ВТОРОГО КУРСА ОРЕНБУРГСКОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА О ВЛИЯНИИ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВОК НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

Научный руководитель: к.б.н., доц. Коткова Т.В.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская
Федерация

Кафедра нормальной физиологии

Одной из самых важных проблем современного общества является недостаточное потребление витаминов, которое наносит существенный ущерб здоровью: снижает работоспособность, сопротивляемость различным заболеваниям, усиливает отрицательное воздействие на организм неблагоприятных экологических условий, сокращает продолжительность жизни. Большинство врачей и учёных уверены, что найден безопасный и надёжный путь укрепления здоровья, сохранения долголетия. Биологически активные добавки (БАД) - это не альтернатива лекарствам, а вспомогательное средство для получения организмом всех нутриентов, восполнения дефицита витаминов.

Цель. Оценить результаты информированности студентов второго курса Оренбургского медицинского университета о влиянии биологических активных добавок на организм человека и степень распространённости БАД среди обучающихся.

Методы. В исследовании приняли участие 160 студентов 2 курса, из которых 31,3% составили лица мужского пола, 68,7% женского пола лечебного

факультета. Исследование проведено методом анкетирования. Студентам предлагалось ответить на 15 вопросов.

Результаты. Проведенные исследования выявили некоторые закономерности. В результате анкетирования выяснилось, что большая часть студентов (60%) не принимает БАД, при этом из 40% употребляющих БАД - лица женского пола 76,6%, только 23,4% - мужчины. По мнению основной части студентов, БАД - это пищевая добавка. Так считают 59,4% опрошенных. То, что БАД - это комплекс витаминов и минералов, считают 15% респондентов. 6,2% студентов медицинского университета второго курса не имеют представления о том, что такое БАД, а 3,1% полагают, что это лекарственный препарат. 40% студентов с той или иной частотой принимают БАД. 17,5% эпизодически употребляют добавки, только при ухудшении здоровья. 8,9% опрошенных принимают БАД сезонно, 6,8% один раз в год. Лишь 6,8% делают это на регулярной основе каждый месяц. В рамках проводимого исследования одной из задач было выявление того, какие факторы, по мнению второкурсников, оказывают влияние на решение о покупке БАД. На первом месте оказались рекомендации врача (40,6%), на втором - советы друзей и родных (20%), тройку лидеров замыкает консультация фармацевта (18,8%). Информация в СМИ является решающей при покупке БАД для 14,4 % студентов. Мотив потребления БАД - отдельная тема дискуссии. В большинстве случаев студенты, принимающие БАД, делают это с целью общего укрепления здоровья (33,7%), т.к. считают, что болеть слишком дорого. Для 21,3% обучающихся приём сопряжен с активными занятиями спортом с целью коррекции фигуры. При анализе полученных данных было выяснено, что 17,5% студентов используют БАД в качестве средства профилактики заболеваний. Для 12,5% принимающих в исследовании респондентов мотивом для употребления БАД стало стремление к долголетию и красоте, из которых все оказались лицами женского пола. Кроме того, в рамках проводимого анкетирования был задан вопрос: «Является ли БАД необходимым условием для нормальной жизнедеятельности организма?». 46,9% обучающихся ответили «нет», 40% - «да», «затрудняюсь ответить» - 13,1%.

Выводы. Обобщение материалов по проблеме исследования информированности студентов второго курса медицинского университета о значении биологических активных добавок на организм, позволяет сделать следующие выводы:

1. Большая часть студентов не принимают БАД и относят их к пищевым добавкам.
2. Немногочисленная часть второкурсников, принимающих БАД, делают это эпизодически (только при ухудшении здоровья).
3. Наиболее весомым фактором, который может оказать влияние на решение о покупке БАД, студенты отмечают рекомендации врача.

Кашуба В.А., 5-курс, Галиева Е.Р., 5-курс, Абдуллина А.С., 5-курс,
Гарифуллина Г.И., 5-курс

ИДЕАЛЬНЫЙ ОБРАЗ ВРАЧА-ПЕДИАТРА В ГЛАЗАХ ПАЦИЕНТА

Научный руководитель: к.п.д., доц. Коньшина Ю.Е.

Башкирский государственный медицинский университет. Российская
Федерация

Кафедра педагогики и психологии

Врачи - представители одной из сложнейших профессий. В их руках находится жизнь человека [1]. Пациентам сложно объективно судить о знаниях и опыте медицинского работника, поэтому свое мнение о враче они первоначально основывают на внешних впечатлениях [2]. Образ врача с психологической точки зрения — это инструмент для установления доверия и взаимопонимания с пациентами, которые очень важны для запуска процесса выздоровления [3]. Эффективная педиатрическая помощь возможна только при грамотной профессиональной коммуникации врача с ребёнком и его родителями [4].

Цель исследования: выявить особенности «идеального образа» врача-педиатра.

Задачи исследования: - составить собирательный образ врача-педиатра на основании пожеланий родителей, обращающихся с детьми за амбулаторной педиатрической помощью;

- сформулировать рекомендации для усовершенствования работы педиатрической службы в условиях амбулаторной помощи на основании пожеланий граждан.

Материалы и методы. Использована авторская анкета «Идеальный образ врача-педиатра», которая содержит 11 вопросов и варианты ответа. База исследования: 100 человек (родителей).

Результаты и обсуждения. Разработанная анкета «Идеальный образ врача-педиатра» включает в себя 11 вопросов и варианты ответов.

По данным анкетирования были получены следующие результаты: на вопрос «Какого пола должен быть врач, чтобы Вам и вашему ребенку было комфортно общаться?» 64% респондентов выбрали вариант ответа «женский пол», вариант «не имеет значения» и «мужской пол» 25% и 11% соответственно. На вопрос «Врач какого возраста внушает Вам наибольшее доверие?» большая часть опрошенных (49%) выбрали интервал 31- 40 лет, так же 32% были склонны к интервалу возраста 41-50 лет. Возраст моложе 30 лет и старше 50 лет выбрало наименьшее количество респондентов, 9% и 10% соответственно. Что касается вопроса об облачении врача в белый халат 75% опрошенных высказались «положительно», «без разницы» – 18%, а 7% считают, что врачу не обязательно носить белый халат. 80% респондентов предпочитают, чтобы к ним на приеме врачи обращались на «Вы», «без разницы» и на «ты», 16% и 4%. Что касается повышения квалификации врача, а именно наличие врачебной категории, для 74% опрошенных является важным

условием, для 26% респондентов наличие врачебной категории не имеет значения.

Но интересным оказался тот факт, что наличие ученой степени не является столь важным условием в выборе врача, в отличие от врачебной категории, так для 51% -ученая степень имеет значение, для 49% - не имеет значения. Что касается времени общения с врачом на приеме оптимальным оказался вариант ответа 10-15 минут, что составило большее количество опрошенных (45%), для 31%- 15-20 минут. Для респондентов оказалось наиболее важным стремление врача в бескорыстной помощи (47%), чем вежливость (21%) и внимательность (21%), повышение квалификации для опрошенных оказалась менее значимой отличительной чертой хорошего врача. На вопрос «Как по-вашему мнению врач должен расположить к себе пациента-ребенка?», большинство опрошенных (83%) считают, что врач должен расположить к себе пациента-ребенка доброжелательностью и улыбкой. 11% опрошенных считают, что родитель сам должен настроить ребенка на общение с врачом, а 4 %-посредством игрушек и игр.

Внешний вид (макияж, прическа, наличие аксессуаров) врача для опрошенных оказался не столь важным условием в выборе специалиста, так вариант ответа «без разницы» составил 38%, не придают значения -33%, а для 29% внешний вид врача имеет значение. Также был предложен вопрос «Что бы Вы хотели усовершенствовать во взаимодействие врача и пациента», на который респонденты должны были предложить свой вариант ответа. Так респонденты хотят, чтобы врач общался на языке понятном каждому.

Выводы: 1. Результаты опроса показали, что по предпочтению респондентов врач должен быть женского пола (64%) в возрасте от 31 до 40 лет (49%).

2. Опрошенные считают, что халат является неотъемлемой частью облачения врача (75%), а внешний вид (макияж, прическа, наличие аксессуаров) врача оказался не столь важным условием в выборе специалиста, так вариант ответа «без разницы» составил 38%, не придают значения -33%.

3. Анализ показал, что наличие врачебной категории (74%) является важным условием в выборе врача, в отличие от ученой степени, так для 51% - ученая степень имеет значение.

4. Оптимальным временем общения с врачом, с точки зрения опрошенных, 10-15 минут (45%).

5. Респонденты считают, что в общении врача и пациента-ребенка важными чертами являются бескорыстное стремление помочь (47%), а также доброжелательность и улыбка (83%).

6. Опрошенные хотели бы усовершенствовать во взаимодействии врача и пациента следующее: чтобы объяснения врача были понятны родителям и пациенту-ребенку.

Список литературы

1.Медицинская психология. Менделевич Д.В.,2016 год,с.460.

2. Батышев, А.С. Врач+пациент: философия успеха / А.С. Батышев, Т.Т. Батышева. - М. , 2016. с. 614
3. Биомедицинская этика / Т.В. Мишаткина, Э.А. Фононотова, С.Д. Денисов [и др]; под общ. ред: Т.В. Мишаткиной и С.Д. Денисова. – Мн.: БГМУ, 2001. – 223 с
4. Студенты и молодые ученые Белорусского государственного медицинского университета - медицинской науке и здравоохранению Республики Беларусь: сб. науч. тр. – Минск, 2017. 284 И. С. Задора, А. И. Советская * Внешний вид врача как условие его профессиональной деятельности. Научный руководитель: ст. преп. И. Г. Ушакевич Кафедра общественного здоровья и здравоохранения, Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Серебрякова В.И., 2-курс

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Научный руководитель: асс. Тумаренко А.В

Волгоградский государственный медицинский университет. Российская
Федерация

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

В настоящее время внимание исследователей все больше привлекает интегральный показатель качества. Оно включает в себя физическую, творческую, эмоциональную, сексуальную, политическую активность больного.

Цель. Оценить КЖ у пациентов инфильтративным туберкулезом легких и дать комплексную медико-социальную характеристику больных, туберкулезом легких

Материалы и методы. В исследование были включены 100 пациентов с диагнозом инфильтративный туберкулез легких. Контрольная группа составила 50 здоровых лиц.

Результаты. Исследование проводилось с помощью анкеты «MOS SF-36» (Краткий медицинский опросник) и экспресс- методики NAIF. 36 вопросов опросника сгруппированы в 8 шкал: физического функционирования, ролевой деятельности, телесной боли, общего здоровья, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психического здоровья. Результаты предоставляются в виде оценок в баллах так, что более высокая оценка указывает на лучшее качество жизни. Интегральный показатель является суммой баллов анкеты. Если показатель качества жизни равен 100%, то у человека сохранены все функции, он доволен всеми составляющими своей жизни. Уровень показателей до 75% демонстрирует незначительное снижение качества жизни, умеренное до 50%, значительное до 25%, менее 25% как резко выраженное. С помощью метода Стьюдента было проведено сравнение показателей качества жизни в двух группах. Методом корреляционного анализа

изучалась Взаимосвязь параметров качества жизни, возраста больных и коэффициента инвалидизации, характеризующего клиническую форму туберкулеза. Анализ результатов исследования качества жизни больных инфильтративным туберкулезом показал по всем пунктам анкеты снижение показателей, в сравнении с группой здоровых лиц с высокой степенью достоверности. Следовательно, больные инфильтративным туберкулезом имеют ухудшение всех аспектов жизнедеятельности.

Были установлены различные показатели качества жизни в зависимости от пола больных. Женщины превосходят мужчин почти по всем шкалам опросника, следовательно их качество жизни выше. Это можно объяснить тем, что мужчины острее воспринимают боль и ограничения жизнедеятельности.

Также было выяснено, что пациенты, выполняющие все рекомендации врачей, имеют снижение практически всех параметров. Физические и эмоциональные проблемы ограничивают активность больного, они остро воспринимают болевые ощущения.

Проведено сравнение параметров качества жизни в зависимости от длительности заболевания. Установлено совпадение показателей у пациентов с продолжительностью болезни 1 год и 2-6 лет. Физическая и социальная активность ограничены за счет физических и эмоциональных проблем, острое восприятие физической боли, нарушенное восприятие здоровья – причины таких результатов сравнения [2].

В ходе исследования качества жизни у больных с разной степенью нарушения дыхательной функции установлена закономерность: при нарастании бронхиальной обструкции значительно ухудшаются показатели «физической активности», «физической боли», «общего восприятия здоровья», «жизнеспособности». При выраженных нарушениях бронхиальной проходимости пункты «социальной активности» и «роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности» были хуже на фоне умеренных показателей «физической активности». Это объясняется тем, что длительностью заболевания меньше; физическая, социальная и профессиональная активности имеют более высокий уровень.

При сравнении параметров КЖ у больных с различной степенью выраженности нарушений функции внешнего дыхания была прослежена следующая закономерность: с нарастанием явлений бронхиальной обструкции ухудшаются показатели характеристик «физическая активность», «физическая боль», «общее восприятие здоровья», «жизнеспособность». У больных с выраженными нарушениями бронхиальной проходимости хуже были показатели пунктов «социальная активность» и «роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности» на фоне умеренных показателей «физической активности». Это обусловлено, как правило, меньшей длительностью заболевания, более высоким уровнем физической, социальной и профессиональной активности [3].

Выводы. Благодаря проделанной работе мы выяснили:

-происходит снижение качества жизни больных хроническим инфекционным заболеванием-туберкулезом

-при благоприятном клиническом прогнозе у больных туберкулезом интегральный показатель качества жизни умеренно снижен.

-у больных туберкулезом отмечается нарушенное экономическое положение, умеренное снижение физической мобильности социальной, познавательной и сексуальной функций.

-с возрастом происходит снижение интегрального показателя качества жизни больных и факторы физической мобильности, эмоционального состояния, социальной и сексуальной функции.

-исследование показателей качества жизни у больных туберкулезом необходимо для целенаправленного реабилитационного процесса.

Список литературы

1. Перельман Н.Л. Сезонные особенности качества жизни у больных бронхиальной астмой с холодовой гиперреактивностью дыхательных путей // Бюл. физиол. и патол. дыхания. 2009. Вып.31. С.29-32.
2. Трофимова А.Ю., Колосов В.П. Влияние мотивации на эффективность образовательного процесса у больных хронической обструктивной болезнью легких стабильного течения // Бюл. физиол. и патол. дыхания. 2011. Вып.40. С.59-62.
3. Трофимова А.Ю., Колосов В.П. Динамика качества жизни пациентов в процессе обучения в ХОБЛ-школе // Бюл. физиол. и патол. дыхания. 2010. Вып.35. С.25-29

Тараторина А.С., 1-курс, Ганьшин В.П., 1-курс

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ СТАРШЕ 50 ЛЕТ

Научный руководитель: к.м.н., доц. Холопов А.А.

Южно-Уральский государственный медицинский университет. Российская Федерация

Кафедра сестринского дела и ухода за больными

По данным ВОЗ на сегодняшний день 422 млн. человек во всем мире страдают от диабета, количество смертей от этого общественно значимого заболевания составляет 1,6 млн. в год [1]. В России число заболевших превышает 4 миллиона, при этом считается, что реальная заболеваемость гораздо выше [2]. Различные исследования наглядно демонстрируют, что диабет серьезно влияет как на продолжительность, так и на качество жизни пациентов [3,4].

Цель исследования – изучить основные параметры качества жизни больных сахарным диабетом зрелого, пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы исследования: Согласно намеченной программе были применены следующие методы исследования:

1. Метод изучения научной литературы, нормативной и клинической документации.
2. Социологический метод.
3. Математико-статистический метод.

Исследование проводилось на базе крупной многопрофильной больницы МАУЗ ОТКЗ ГKB №1 г. Челябинска в эндокринологическом отделении и отделении гнойной хирургии. По согласованию с руководством клиники изучалась медицинская документация для сбора информации и адекватного формирования выборочной совокупности. К исследованию привлекались пациенты стационара с диагностированным сахарным диабетом типа 1 и типа 2 в возрасте от 50 лет, находящиеся на момент опроса в удовлетворительном состоянии или состоянии средней тяжести, давшие согласие на участие. Анкетирование проводилось анонимно при личном посещении отделений.

Для анкетирования больных использовались адаптированный опросник качества жизни из 25 вопросов, составленный на основе научных работ сотрудников кафедры сестринского дела ЮУГМУ (Павлов Ю.И., 2005; Холопов А.А., 2007), а также стандартный опросник SF-36. Адаптированная анкета включала два блока вопросов: паспортный для формирования медико-социальной характеристики и проверочный для изучения качества жизни и осведомленности о правилах жизни с сахарным диабетом. Статистическая обработка данных проводилась с использованием прикладного пакета программ Microsoft Excel 2013.

Результаты и их обсуждение: анкетирование прошли 138 респондентов, все анкеты были заполнены правильно и были приняты в обработку. 52,1% больных, принявших участие в исследовании, составили женщины, 47,9% – мужчины; средний возраст группы респондентов составил 64,1 года, при этом средний возраст группы женщин оказался выше на 6,8 лет. Все опрошенные проживали в городской местности. 59,6% респондентов оказались пенсионерами, 27,7% - служащими и работниками бюджетной сферы, 12,8% имели иной социальный статус, являясь руководителями, частными предпринимателями и творческими работниками.

Средняя продолжительность диагностированного диабета в исследуемой группе составила 10 лет, истинный же срок заболевания выяснить не представлялось возможным. Среди исследуемой группы 76,3% респондентов имели диабет типа 2, у 23,7% был диагностирован диабет типа 1. 33,3% респондентов получили первую группу инвалидности, 25,0 – вторую группу, 41,7% имели третью группу. При оценке распространенности вредных привычек выяснилось, что 8,3% респондентов курили и 92,7% вели малоподвижный образ жизни. Последнее неудивительно, т. к. у 50% исследуемых пациентов наблюдались диабетические язвы стопы, 47,9% опрошенных имели лишний вес, 76,6% жили в многоэтажных домах без лифта и 33,3% проживали одиноко, без помощи семьи.

Далее был проанализирован проверочный блок анкеты. Респонденты показали невысокий уровень знаний о контроле заболевания – только 21,3%

согласно самооценке могут оказать себе помощь при повреждениях или потертостях стопы, 38,3% опрошенных не проводят регулярный осмотр стоп, при этом 83,0% изредка пользуются помощью родственников, а 17% доверяют осмотр стоп медицинским работникам. Также всего 28,3% опрошенных стараются полностью соблюдать полученные диетические и иные медицинские рекомендации, остальные соблюдают их «не полностью», «время от времени», то есть, очевидно, не соблюдают вообще. В итоге согласно самооценке у 75% респондентов сахарный диабет оказывает кардинальное влияние на снижения качества жизни.

Далее были проанализированы результаты оценки параметров качества жизни согласно опроснику SF-36. Сравнение основных результатов со стандартизированными популяционными показателями населения РФ [5] приведено в таблице 1.

Таблица 1

Сравнение показателей исследуемой группы со стандартизированными значениями по населению РФ

Шкалы	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	PCS	MCS
Исследуемая группа	31.82	25.70	26.46	48.04	51,0 2	40.48	29.92	50,8 7	30.56	42.90
Нормальные значения	57,13	60,90	60,92	57,97	59,0 3	57,61	60,19	58,6 0	59.23	58.85
P	<0,0 01	<0,0 01	<0,0 01	<0,0 01	<0,0 1	<0,0 01	<0,0 01	<0,0 1	<0,0 01	<0,0 01

Таким образом, сахарный диабет значительно влияет на качество жизни, ухудшая его у всех представителей исследуемой группы пациентов старше 50 лет. Согласно таблице 1, в этой группе все показатели интегральных шкал оценки качества жизни оказались достоверно снижены по сравнению со стандартизированными популяционными показателями, т.е. характеристиками условно здоровых людей. Основными параметрами, влияющими на снижение качества жизни у пожилых диабетиков, согласно нашему исследованию, являются нарушение физического функционирования (PF), высокая интенсивность боли (BP) и нарушение эмоционального состояния (RE). Возможно, снижение качества жизни в исследуемой группе связано с невысоким уровнем знаний и навыков по контролю заболевания. Также на качество жизни диабетиков, бесспорно, влияют социально-бытовые условия и состав семьи – 77% опрошенных жили в домах без лифта, треть респондентов проживали одиноко, что нарушает мобильность, коммуникации, затрудняет соблюдение рекомендаций врача.

Список литературы

1. Глобальный доклад ВОЗ по диабету. 2016. 88 с.
2. Аметов А.С. Сахарный диабет 2 типа. Проблемы и решения: Т. 1 / А.С. Аметов. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 350 с.
3. Шишкова Ю.А. Качество жизни при сахарном диабете: определение понятия, современные подходы к оценке, инструменты для исследования /Ю.А.Шишкова, О.Г.Мотовилин, Е.В. Суркова и др. // Сахарный диабет. - 2011. - №3. – С. 20-25.
4. Ковязина О.В. Оценка качества жизни пациентов с сахарным диабетом 2 типа/О.В.Ковязина // Вятский медицинский вестник. - 2009. - №1.
5. Амирджанова В.Н. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «Мираж»)/ В.Н. Амирджанова, Д.В. Горячев, Н. И. Коршунов и др. // Научно-практическая ревматология. - 2008. - №1.

Хайбулина Е.В., 2-курс, Попова Е. А., 2-курс, Самойленко А.А., 2-курс, Ершова С.В. 2-курс, Кузнецов М.В., 3-курс

ПОДВЕРЖЕННОСТЬ СТУДЕНТОВ МЛАДШИХ КУРСОВ ОРЕНБУРГСКОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА АКТИВНОМУ КУРЕНИЮ.

Научные руководители: к.м.н., доц. Ширшов О.В., ст. преп-ль Тихонов В.В.,
асс. Гусева Т.Е.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская
Федерация
Кафедра нормальной физиологии

Табакокурение является причиной возникновения большого спектра заболеваний человека, а также его преждевременной смерти. Отказ от курения несет неоспоримые преимущества для людей, однако сложен в связи с развивающейся у них никотиновой зависимостью. Табачная зависимость в настоящее время расценивается как хроническое заболевание. А сколько научных статей и работ написано о вреде активного и пассивного курения и его влияние на организм человека. Именно поэтому, несмотря на огромное количество информации о вреде курения, мы захотели узнать настоящее отношение студентов младших курсов медицинского университета к курению и его различным проявлениям.

Целью данной работы является оценка количества курящих среди студентов младших курсов Оренбургского государственного медицинского университета, а также оценка осведомленности о вреде активного и пассивного курения на организм человека.

С психологической точки зрения курение рассматривается как форма поведения, которое выражается в стремлении к уходу от реальности посредством изменения своего психического состояния различными способами.

С точки зрения физиологии курение - это сложно иерархизированная и опосредованная психологическая система, функционирующая на разных уровнях психической организации: когнитивной, эмоциональной и моторной, на которые оказывают влияние множество факторов.

В ходе исследования был проведен опрос среди студентов 2 курса и оказалось, что из 590 человек 11% курят в настоящее время, из них - 4%-девушек и 7%-парней, 11% курили в прошлом и 78% не курили никогда. Из курящих студентов только 3% считают, что они зависимы от сигарет. В среднем в день каждый курящий студент выкуривает по 4-6 сигарет. 88% курящих выкуривают свою первую сигарету более чем через час после пробуждения утром. Стоит отметить, что среди курящих студентов 82% планируют бросить курить, а 18% курящих студентов не планируют бросать курить в ближайшее время.

Уровень информированности среди студентов-медиков о вреде воздействия табачного дыма составляет 95%. По данным опроса 80% некурящих студентов подвергаются пассивному курению. Следует отметить, что студенты подвергаются пассивному курению в различных ситуациях в разной степени. Они подвергаются ему на улице, на остановках, в квартирах и общежитиях и в местах, где студенты проводят свой досуг. Более 70% студентов видят связь между различными заболеваниями дыхательной системы и воздействием табачного дыма на человека.

Что же касается других курительных смесей, то, по данным опроса, 2%-употребляют нюхательный табак, 2%-употребляют снюс, 3%-употребляют жевательный табак. Что же касается электронных сигарет и испарителей, то 37%-пробовали их и 3%- употребляют в настоящее время.

Многие студенты-медики ознакомлены с информацией о вреде сигарет и других табачных изделий на организм человека. Так почти 70% считают, что врачи не преувеличивают вредное воздействие табака на организм человека.

Более 85% студентов отмечают связь между болезнями дыхательной системы и курением. Связь между курением и возникновением злокачественных новообразований отмечают более 90% учащихся. Так же 94% студентов отмечают негативное влияние курения на здоровье сердечно-сосудистой системы человека. Среди опрошенных студентов 83% отмечают связь между курением и возникновением импотенции у мужчин.

Рассматривая социальную сторону курения необходимо отметить, что 56% опрошенных считают, что общество уже не одобряет курение и что курить не модно, почти 80% студентов считают, что их друзья не одобряют курение. 69% курящих студентов отмечают снижение количества мест, где можно было бы комфортно покурить. Так же почти 70% учащихся отмечают, что чем дальше – тем больше курение становится уделом наиболее социально неблагополучных слоев населения.

Таким образом, в ходе нашего исследования мы установили, что, не смотря на высокую осведомленность учащихся медицинского университета о вреде курения, а также о связи многих заболеваний дыхательной и сердечно-

сосудистой систем с курением, значительная часть студентов курит в настоящее время.

Хайруллина Л.Х., 5-курс

ВЛИЯНИЕ КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ НА РАЗВИТИЕ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Научный руководитель: к.м.н., доц. Макаров М.А.

Казанский государственный медицинский университет. Российская Федерация
Кафедра пропедевтики внутренних болезней

В конце XIX-начале XX века Луи Пастером была доказана связь между здоровьем кишечника и эмоциональным состоянием пациента. И пока современная психиатрия по-прежнему ошибочно утверждает, что психологические проблемы, вызваны нарушением баланса химических веществ в мозге, исследователи продолжают находить доказательства того, что депрессия и различные поведенческие проблемы, на самом деле, связаны с нарушением баланса бактерий в кишечнике.

Существует множество прямых и косвенных путей между кишечником и головным мозгом. Двухнаправленная связь между микробиотой и ЦНС происходит через пути вегетативной, нейроэндокринной, кишечной и иммунной систем. Многочисленные исследования показывают, что дисфункция взаимосвязи между кишечником и головным мозгом может привести как к воспалительным, так и функциональным заболеваниям желудочно-кишечного тракта. Кишечная микробиота может быть связана не только с гастроэнтерологическими заболеваниями, но также и с психическими расстройствами, такими как: депрессия, расстройства, тревога, аутизм, анорексия и даже болезнь Альцгеймера.

Выделяют факторы, обеспечивающие связь между психическим состоянием и кишечником: серотонин, вырабатываемый энтерохромафинными клетками кишечника, цитокины, продукты жизнедеятельности микрофлоры кишечника, активность блуждающего нерва, воздействие антибактериальных препаратов, инфекционных агентов, факторов окружающей среды. Информация в ЦНС о гомеостазе микробиоты кишечника поступает через взаимосвязи между гипоталамусом, гипофизом, надпочечниками, центром голода и насыщения с помощью нейропептидов.

Нарушение микрофлоры кишечника вследствие пережитого в ранние годы стресса может сыграть ключевую роль в развитии тревожности и депрессии во взрослом возрасте. Дисфункция кишечной микрофлоры может вызывать постоянное чувство страха и беспокойства, вызывая тем самым нарушения в психике. Стресс является одним из самых мощных факторов, влияющий на состав кишечной микробиоты. Ежедневно состав бактериальной флоры кишечника подвержен как эмоциональному, так и физиологическому стрессу. В исследовании Dinan и Cryan показали, что у здоровых студентов во время сильного стресса в составе испражнений содержится меньшее

количество бактерий *Lactobacillus* по сравнению с взятыми образцами в менее напряженный период.

Как оказалось, пробиотики значительно снижают уровень депрессии у здоровых лиц и у пациентов с серьезным депрессивным расстройством. Такие бактерии, как *L. helveticus* и *B. Longum* снижают депрессию, когда они принимаются регулярно. Смесь бактерий – *L. acidophilus*, *L. casei* и *B. bifidum* уменьшают признаки депрессии у человека, и, кроме того, понижают уровень инсулина, уменьшают количество С-реактивного белка в крови.

Состав кишечной микробиоты у детей до трех лет отличается от состава микробиоты взрослых. Развитие кишечной микрофлоры можно разделить на два этапа: на первом этапе происходит колонизация анаэробных бактерий, таких как кишечная палочка и другие грамотрицательные бактерии семейства *Enterobacteriaceae* и *Enterococcus*, затем заселяются другие бактерии, такие как *Bifidobacterium*, *Clostridium*, *Bacteroides*, *Ruminococcus*. Состав кишечной микрофлоры новорожденного зависит от многих факторов, таких как вид родоразрешения, возраст и диета матери, факторы окружающей среды, стресс, инфекции, антибиотикотерапия сопутствующие заболевания во время беременности.

У детей, рожденных естественным путем в составе кишечной микрофлоре преобладают *Lactobacillus*, *Bifidobacterium*, *Prevotella*, *Sneathia*. Однако у родившихся путем кесарева сечения превалируют *Staphylococcus*, *Corynebacterium*, *Propionibacterium*, причем колонизация бактериями рода *Lactobacillus* происходит через 10 дней, *Bifidobacterium*-через месяц после рождения.

Здоровье матери играет ключевую роль как в развитии микробиоты ребенка, так и в развитии его нервной системы. На развитие бактериальной флоры и нервной системы влияют многочисленные внешние и внутренние факторы: питание матери, стресс, инфекционные заболевания во время беременности. Перечисленные факторы могут быть связаны с нарушениями развития нервной системы, и, как следствие, с такими заболеваниями, как аутизм, СДВГ или даже шизофрения.

Качественный состав кишечной микрофлоры снижается параллельно с увеличением возраста под воздействием различных факторов, причем этот процесс происходит одновременно с изменениями в нервной системе. Естественный процесс старения может оказать негативное влияние на микробиоту кишечника, поэтому соответствующая возрасту кишечная флора является важным фактором в профилактике психических заболеваний, а также когнитивных нарушений.

Известно, что бактерии кишечной флоры обладают способностью превращать непереваренные углеводы в короткие жирные кислоты, такие как ацетат, пропионат, бутират, которые в свою очередь могут активировать связанные рецепторы с G-белками (GPR 41 и GPR 43) на эпителиальных клетках кишечника, что приводит к секреции пептида YY (PYY), подавляющего моторику желудочно-кишечного тракта, приводящий к задержке

кишечного транзита. Короткие жирные кислоты также обладают способностью к поддержанию иммунологического гомеостаза в желудочно-кишечном тракте. Пропионат может вызывать у крыс поведение, похожее на аутизм. Недавние исследования показали, что состав флоры кишечника у пациентов с диагностированным аутизмом отличается повышенным содержанием бактерий рода *Clostridium*. После приема антибиотиков и пробиотиков у пациентов наблюдали улучшение поведения и навыков общения.

Часто встречающиеся депрессивные расстройства также имеют связь с кишечной микрофлорой. Так у пациентов с депрессией обнаружено меньшее количество бактерий рода *Bacteroidetes* по сравнению с нормальными значениями. Количественный и качественный состав кишечной микробиоты также может повлиять на изменение настроения и возникновение тревожных расстройств. Тревожные расстройства очень часто сосуществуют с синдромом раздраженного кишечника. В исследовании Рао прием пребиотиков *Lactobacillus casei* strain Shirota предотвращает появление тревожных расстройств у пациентов с синдромом хронической усталости.

Исследования показали, что несбалансированное питание может быть фактором риска возникновения депрессивных расстройств. Кроме того, было отмечено, что улучшение диеты путем введения средиземноморской диеты, богатой клетчаткой, растительными и кисломолочными продуктами снижает риск развития психических расстройств. Правильная диета с добавлением пробиотических и пребиотических добавок-это легкодоступный и эффективный метод восстановления нормального состава микрофлоры кишечника.

В 2016 году в исследовании Huang доказал, что добавки с пробиотиками значительно облегчают симптомы депрессии. Пробиотики показали положительный эффект у пациентов в возрасте до 60 лет, но не оправдали ожидаемый результат в группе пациентов старше 65 лет. Пациенты, получавшие комплекс пробиотиков в течении 30 дней, содержащих *Lactobacillus helveticus* и *Bifidobacterium longum*, отметили значительное снижение симптомов депрессии и тревоги по шкале *HADS*

(госпитальная шкала тревоги и депрессии) и *HSCL-90* (опросник выраженности психопатологической симптоматики).

Существует новый способ восстановления состава кишечной флоры – трансплантация кишечной микробиоты. Этот метод применяется в лечении воспалительных заболеваний кишечника (болезнь Крона, язвенный колит), синдрома раздраженного кишечника, антибиотик – ассоциированной диареи, связанная с деятельностью бактерии *Clostridium difficile*. Назначение суспензии фекалий человека пациентам с пищевыми отравлениями и тяжелой диареей было впервые описано еще в IV веке н. э. в Китае. В XVI веке китайский врач и фармаколог Ли Шичжэнь использовал различные продукты из стула для лечения диареи, лихорадки, боли, рвоты и запора. Трансплантация кишечной микрофлоры подразумевает доставку фекальных масс от здорового человека в желудочно-кишечный тракт другого человека с целью восстановления стабильного микробного сообщества в кишечнике.

Учитывая тот факт, что имеется множество доказательств участия деятельности желудочно-кишечного тракта в различных неврологических заболеваниях, нетрудно увидеть, что баланс кишечных бактерий играет важную роль еще и в психологии и поведении. И поэтому становится особенно важным понимать, что и в каком количестве мы едим, ведь наш рацион питания тесно связан с психическим здоровьем.

Список литературы

1. Рябиченко, Е.В. Кишечно-мозговые взаимоотношения в норме и патологии / Е.В. Рябиченко, В.М. Бондаренко // Верхневолж. мед. журн. – 2013. – Т.11, №1. – С. 34–39.
2. Mayer, E.A. Gut feelings: the emerging biology of gut-brain communication / E.A. Mayer // Nat. Rev. Neurosci. – 2011 Jul. – Vol. 12, N 8. – P. 453–466.
3. Бондаренко, В.М. Патогенетические механизмы и принципы терапии заболеваний, связанных с нарушением взаимосвязей кишечно-мозговой оси / В.М. Бондаренко, Е.В. Рябиченко / Бюл. Оренбург. науч. центра УрО РАН. – 2013. – №4. – С.1–15.
4. Ситкин, С.И. Филометаболическое ядро микробиоты кишечника / С.И. Ситкин, Е.И. Ткаченко, Т.Я. Вахитов // Альм. клин. медицины. – 2015. – № 40. – С. 12–34.
5. Связь между микробиотой ЖКТ и психическим здоровьем / А.Е. Козлов [и др.] // Бюл. мед. интернет-конф. – 2015. – Т. 5. – № 12. – С. 1692.

Джембулингам С.С., 2-курс

ЭМОЦИОНАЛЬНО-ОЦЕНОЧНАЯ ЛЕКСИКА В ТЕКСТАХ РЕКЛАМЫ КАК СРЕДСТВО ВОЗДЕЙСТВИЯ

Научный руководитель: асс. Фролова А.М.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская

Федерация

Кафедры русского языка

Реклама – один из типов текста, где специфические категории речевого воздействия проявляются особенно ярко. Согласно концепции Р.М. Блакара, все, кто пользуется языком (не только в рекламе), занимают позицию власти, воздействия. Автор выделяет следующие «инструменты власти»: 1) выбор слов и выражений, 2) создание новых слов и выражений, 3) выбор грамматической формы, 4) выбор последовательности, 5) суперсегментные характеристики (тон голоса и т.п.) 6) выбор скрытых или подразумеваемых предпосылок. Все это «сигналы осуществления отправителем выбора в фазе кодирования» [1].

«Речевое воздействие по своей природе аргументативно», но отсутствие глубокого анализирующего осмысления всех доводов «за» и «против» приводит к тому, что рекламная коммуникация является в большей степени принципом убеждения, а не доказательства [2]. Особенно это актуально для жанров, появляющихся в поле зрения потенциального потребителя на непродолжительное время. Убеждать это ориентировать на изменение мнения, намерения адресата с тем, чтобы он совершил нужный поступок, при этом аргументация не обязательно строго соответствует фактам, используются доводы, воздействующие на эмоции. Доказывать также имеет цель изменить знания и мнения адресата, но при этом используется тезис и развернутая аргументация со ссылками на факты.

В рекламе используются те же самые тактики убеждения, что и в любом другом речевом общении: позитивная и негативная стимуляции (обещания и угрозы), позитивная и негативная «экспертиза» (указание на пользу или вред), выражение симпатии, подкуп, апелляция к чувству долга, нравственному императиву, самооценке, качествам партнера, к авторитету, к альтруистическим чувствам. При убеждении субъект речевого воздействия обращается в первую очередь к эмоциональной сфере реципиента, стараясь вызвать у него желаемое психофизическое состояние. Это достигается при помощи использования эмоционально оценочной лексики.

Среди разнообразных по направленности функций языка рекламы экспрессивная оценивается многими лингвистами как важная и существенная, так как она служит средством выражения чувств, социальных и индивидуальных оценок, эмоционального воздействия на целевую аудиторию. Для реализации данной функции необходима соответствующая лексика, которая в лингвистике получила название эмоционально-оценочной.

Эмоциональность в речи выражается лексическим значением (любовь, любящий), суффиксами субъективной оценки (работничек), междометием, частицей, интонацией. Экспрессивность проявляется не только в речи, но и в жесте, мимике, поведении человека. Она шире эмоциональности в языке. Но главное отличие в том, что эмоциональные элементы служат для выражения чувств человека, а экспрессивность – способствует усилению выразительности и изобразительности, как при выражении эмоций, так и мысли. Выражение эмоции в языке всегда экспрессивно, но экспрессивность в языке не всегда эмоциональна.

Эмоционально окрашенным может стать любое слово. Произойти это может потому, что эмоциональность слова в громадном большинстве случаев, не заключается в нем самом, а придается ему говорящим и слушающим, и потому одно и то же слово может оказаться и торжественным и смешным, и вежливым и грубым, а может совсем не возбуждать никаких эмоций.

Окончательно определяет экспрессивную окраску контекст: нейтральные слова могут восприниматься как высокие и торжественные; высокая лексика в иных условиях приобретает насмешливо-ироническую окраску; порой даже бранное слово может прозвучать ласково («Банк ренессанс». Переплата ниже плинтуса), а ласковое – презрительно.

Положительные эмоции помогают правильно, и надолго запоминать, а затем и воспроизводить полученную информацию. Если реклама вызвала у потребителя положительную эмоцию, он бессознательно перенесет ее и на другие сообщения фирмы. Это может привести к тому, что случайный читатель, слушатель или зритель со временем превратится в потенциального, а возможно, и в постоянного клиента.

Одна из функций целенаправленной рекламы внушать доверие к товару и его производителю. Изготовитель должен стремиться донести до потребителя с помощью рекламы идею «о чистых помыслах» и «добрых намерениях», тем самым, вызывая у него положительные эмоции, например: «Индастри». Индустрия Вашего комфорта и уюта!

Говоря об эмоциональности в рекламе, Е. Песоцкий отмечает, что иногда можно апеллировать к отрицательным эмоциям, «не возбуждать отрицательные эмоции, а апеллировать к ним. Случаи апеллирования в рекламе к отрицательным эмоциям встречаются довольно редко. Они допускаются только тогда, когда вызывают в воображении потенциального потребителя события, которые нельзя немедленно прекратить или проигнорировать без использования рекламируемого товара, события, влекущие непоправимые последствия» [3]. Например, стоматология «Веди». Лечите зубы без боли!; «Окувайт». Остановите старение ваших глаз.

Суммируя вышесказанное, можно отметить, что эмоционально-оценочная лексика выражает, указывает и вызывает чувства, испытываемые человеком. Реклама всегда содержит оценочность, причем из двух полюсов оценки хорошо плохо реклама ориентирована только на полюс хорошо, даже отлично. Употребление данного пласта лексики в текстах рекламы помогает

копирайтерам воздействовать на потребителя и, тем самым, добиться желаемых результатов. Но важно помнить, что оценочная лексика требует внимательного к себе отношения. Неуместное использование эмоционально и экспрессивно окрашенных слов может придать комическое звучание и не принести нужного эффекта. В ходе исследования мы пришли к выводу, что язык рекламы занимает особое место среди тех функционально-стилевых образований, которые относятся к массовой информации, объединены массовой коммуникацией. Это особое положение языка рекламы обусловлено специфичностью самой рекламной деятельности. Наиболее действенной является реклама, слоган которой содержит в себе эмоционально-оценочную лексику.

Список литературы

1. Блакар, Р.М. Язык как инструмент социальной власти: Язык и моделирование социального взаимодействия.-М.: Прогресс, 1987.-154с.
2. Денисюк, Е.В. Манипулятивное речевое воздействие: коммуникативно-прагматичный аспект: Дисс. к.ф.н.-Екатеренбург: ЕГУ, 2003.-С. 62.
3. Песоцкий, Е. Современная рекламная технология и практика.-Ростов-на-Дону: Феникс, 2001.-320с.

Магдиева М.,1-босқич

ТОВУШЛАРДАГИ МАЪНОЛАР

Илмий раҳбар: асс. Норова М.Ф.

Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти. Ўзбекистон
Тиллар ва педагогика кафедраси

Товушлар бирор бир жисмининг ҳаво тўлкинида тебранишидан ҳосил бўлади. Нутқ товушлари эса инсон нутқи органлари иштирокида пайдо бўлади, артикуляцион ва акустик хусусиятларга эга. Инсон нутқи товушлари қандай ҳосил қилинади, уларга хос хусусиятлар, турли хил маъноларини ўрганиш жуда қадимдан бошланган бўлиб, ҳозир ҳам бу масала ўз долзарблигини йўқотган эмас. Айниқса, фонемалар, уларнинг талаффузи билан боғлиқ бўлган кўшимча маъноларни ўрганиш нутқ маданияти, социолингвистик жиҳатдан тадқиқ қилиш ниҳоятда катта аҳамиятга эга. Ўзбек тилшунослигида нутқ товушлардаги эмоционал-экспрессив маъноларини тадқиқ қилиш бўйича қатор илмий изланишлар қилинди. Булар жумласига А.Абдуазизов, С.Каримов, Қ.О.Сапарова, Г.Яхшиева, А.Ҳайдаров ва бошқа олимларнинг монографик тадқиқотларини киритиш мумкин.

Тилшуносликда сўз маъноси (семантикаси) тушунчаси деярли унинг барча ярусларида ишлатилади. Гап маъноси, лексик маъно, фразеологик маъно каби. Кейинги пайтларда фонетик маъно яъни товушлардаги маъно атамаси ҳам кенг қўллана бошланди. Ҳатто профессор М.Миртожиев “Товушлардаги маънолар” номли алоҳида рисола ҳам нашр қилдирди.

Хўш, товушларда ҳам маъно борми? Бўлса, улар қандай маъно? Бу ҳақида ўйлар эканмиз, энг аввало, маъно (семантика) тушунчаси моҳиятини аниқлаш

лозим. Тилшуносликда сўз маъноси деганда, борлиқдаги нарса, ҳодиса, белги ва ҳаракатларнинг энг муҳим томонларининг киши онгида акс этиши англашилади. Сўз шаклланишида фонетик, семантик ва грамматик белгилар муҳим роль ўйнайди. Бу жиҳатдан қараганда, ўзбек тилимиздаги сўзларни катта уч гуруҳга бўлиб ўрганиш мумкин:

1. Номловчилар: от, сифат, сон, феъл, равиш;
2. Ифодаловчилар: кўмакчи, юклама, ундов, модал сўзлар;
3. Кўрсатувчилар: олмош, боғловчи сўзлар.

Юқорида қайд қилинган сўзлар гуруҳига хос хусусият Э. Қиличев томонидан атрофлича таҳлил қилинган.

Тилимизда номловчилар атамаси остида аталган барча сўзлар мустақил лексик ҳамда қўшимча маъно бўёғига эга.

Сўзларда ифодаланган бундай маънолар илмий адабиётларда турли терминлар билан аталади: лексик маъно, аташ ёки номлаш маъноси, номинатив маъно, денотатив маъно, қўшимча маъно, экспрессив маъно, информатив маъно, коннотатив маъно ва бошқалар.

Кейинги йилларда нашр қилинган монография, дарслик ва ўқув адабиётларида денотатив ва коннотатив маънолар терминлари кўп ишлатилмоқда. Денотат (< лот. *denotare* - белгиламоқ). Тил бирлиги (мас., сўз) ёрдамида номланувчи (аталувчи) воқелик, нарса-предмет, сигнификат. Денотатив маъно денотат билан бевосита боғлиқ, уни бевосита билдирувчи маъно. Коннотатив маъно денотатив маънога қўшимча равишда экспрессив, стилистик муносабат ифодаловчи маъно ҳисобланади. Коннотация (< лот. *cup, con*–бирга+*notare*–белгиламоқ), Тил бирлигининг коннотатив маъно (стилистик, экспрессив муносабат каби қўшимча маъно ёки маъноларнинг) ифодаси. Денотатив ва коннотатив маъно мустақил сўзларда ёрқин намоён бўлади. Масалан, *гапирма* сўзида бирор бир воқеа ҳақида хабар бермаслик маъносини берса, *вайсама*, *вақиллама* сўзларида ушбу маъно билан биргаликда салбий муносабат қўшимча бўёқ ҳам акс этади. *Бу ердан кет – бу ердан йўқол* гапларида *кет - йўқол* сўзларида бирор ҳаракатни бажаришга буйруқ бериш денотатив маъноси ифодаланган. Айни замонда ушбу сўзларнинг иккинчиси *йўқол* сўзида салбий маъно бўёғини берувчи коннотатив маъно ҳам мавжуд.

Сўзлардаги каби денотатив ва коннотатив маънолар фонемаларда, жумладан, фоностилемаларда ҳам мавжудми ва улар қандай ифодаланади? - деган масала ҳали ўз ечимини топган эмас. Назаримизда, масалага фалсафий жиҳатдан ёндошилса, бир оз ойдинлик киритиш мумкин. Яъни фалсафада “Ҳамма нарса моҳиятлидир” тушунчаси мавжуд бўлиб, у бевосита тилдаги фонемаларга ҳам алоқадордир.

Тилдаги фонемалар ҳам ўз моҳиятига кўра сўзларни шакллантириш ва бир-биридан маъносини фарқлаш учун хизмат қилади. Ёзувда алоҳида алоҳида шаклга эга. Талаффузда эса турли вариантларга эга. Артикуляцион ва акустик томондан бир-биридан ажралиб туради. Фан нуқтаи назаридан эса фонетик ва фонологик жиҳатдан тадқиқ қилинади. Тилда ўзига хос системага, яъни унли

фонемалар системаси, ундош фонемалар системаси ҳамда просодик тушунчаларига эга ва бошқалар.

Юқоридаги фикрларга таяниб, фонемаларда ҳам ниманидир аташ, номлаш, акс эттириш хусусияти мавжудлигини англаган ҳолда уларга нисбатан ҳам лексик birlikларда қўлланадиган традицион (анъанавий) денотатив ва коннотатив маънолар терминини қўллаш лозим деб ўйлаймиз. Албатта бу таклиф мунозарали ва турли баҳсларга сабаб ҳам бўлар.

Шундай қилиб, кишилар орасидаги алоқа воситаси учун хизмат қиладиган нутқ товушлари талаффузи билан боғлиқ ҳолда ҳосил бўладиган маънолар серқирра бўлиб, улар илмий ва ўқув-методик адабиётларда турлича номланади. Буларга: товушлардаги қўшимча маъно бўёғи, ҳиссий маъно, эмоционал-экспрессив маъно, информатив ифода, прагматик ифода, стилистик бўёқ, қўшимча оттенка, денотатив маъно, коннотатив маъно ва бошқалар киради.

Кўринадики, юқорида қайд қилинган атамалар синонимик характерга эга бўлса ҳам, улар ўзига хос яна қўшимча маъно бўёқларига эга. Буларга хос хусусиятларни янада чуқурроқ ўрганиш навбатдаги вазифалардан биридир.

Патил Йачана, Мишра Ашутос, г. Мумбай, штат Махараштра

ВОЛОНТЕРСТВО КАК ОТРАЖЕНИЕ АКТИВНОСТИ ГРАЖДАНСКОГО ОБЩЕСТВА

Научный руководитель: асс. Шмакова Л.В.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская Федерация

Кафедры русского языка

2018 год в России объявлен годом волонтера и добровольца. Движение в России растет, его масштаб и роль в обществе впечатляют, проводятся форумы добровольцев со всех уголков страны. Волонтерство отражает активность гражданского общества и уровень демократии в стране. Само слово «волонтерство» имеет латинские корни и переводится как «доброволец», «желающий», принципом движения является любовь к жизни, которой нужно делиться с окружающими.

Волонтерство зародилось в первые века существования христианства и дошло наших времен, так как огромное количество людей нуждается в помощи и поддержке. У многих людей помощь со стороны близких родственников не оказывается, и поэтому они нуждаются в посторонней помощи, которую им могут оказать волонтеры, которые по собственному желанию делятся своим временем, энергией, навыками и знаниями для того, чтобы помочь другим людям или окружающей среде без какой – либо материальной выгоды. Каждому хочется верить в то, что работа, которую он выполняет, является очень важной, даже если она очень простая. Таким образом, волонтерская деятельность носит гражданский характер.

Опыт деятельности показывает благотворительную направленность работы. Волонтерская деятельность выполняет функцию нравственного воспитания, возрождает в молодежной среде фундаментальные ценности, такие как, гражданственность, милосердие, справедливость, гуманность, отзывчивость и другие.

Сейчас в России действует Ассоциация волонтерских центров, она появилась сразу после сочинской Олимпиады 2014 и объединила людей, прошедших закалку в Сочи. Сегодня ребята и девушки принимают участие в самых разных видах деятельности. Существуют разные волонтерские движения, список направлений и программ обширный, он разный в разных регионах страны.

Социальное направление - помощь детям, пенсионерам, ветеранам и социально незащищенным гражданам. Спортивное - участие в проведении спортивных соревнований разного уровня.

Культурное - работа на культурных мероприятиях, которых с каждым годом в нашей стране становится все больше и больше, и не только в больших городах типа Москвы и Питера. Работа проходит на площадках музеев, фестивалей, библиотек, выставок.

Экологическое - речь идет о сохранении живой природы и помощи в решении экологических проблем мегаполиса.

Событийное - участие в крупных проектах: форумах, фестивалях, Днях города и прочем.

Корпоративное волонтерство-развивающийся блок: компании привлекают сотрудников по профилю их работы и в нерабочее время.

Волонтеры общественной безопасности - помощь людям, оказавшимся в эпицентре наводнений, землетрясений, пострадавшим от пожаров и других стихийных бедствий. Волонтер в данном проекте может быть занят непосредственно на месте или на участке сортировки гуманитарной помощи. В данном движении немалая роль отводится физической и моральной подготовке добровольцев.

Медиа-волонтерство - это когда актеры, журналисты, спортсмены и другие известные, и не очень многие люди рассказывают о том, кто такие волонтеры, чем они занимаются и как вступить в движение. Есть любопытное психологическое наблюдение: человек, испытавший чувство своей необходимости, востребованности и полезности, захочет прочувствовать это состояние еще раз.

Очень простой пример волонтерства - это субботник. Когда весной мы выходим в свой выходной день и чистим, убираем, свой двор или площадку от накопившихся за зиму грязи и мусора. Другой пример, 3 апреля 2019 года в Оренбурге стартовала неделя здоровья. Для Оренбуржцев всероссийская акция «Будь здоров!» началась с энерготочки «10 карточек» в Оренбургском государственном медицинском университете. В рамках акции волонтеры-медики организовали игру для студентов медицинского вуза, по правилам которой участники должны были рассказать выбранное количество фактов о

необходимости ведения здорового образа жизни. Напомню, что всероссийская акция «Будь здоров!», приурочена к Всемирному дню здоровья и нацелена на формирование грамотного представления о здоровье и навыков ЗОЖ.

В рамках акции волонтеры смогли пообщаться со студентами и в форме интерактива определить, что уровень осведомленности о правилах ЗОЖ достаточно высокий. Каждый узнал для себя много нового и поделился своими впечатлениями. В результате проведения таких небольших и крупных мероприятий, а также повседневной работы молодежных объединений и организаций в маленьких и больших городах миллионы молодых людей приносят пользу обществу, реализуя программы добровольческой деятельности. Волонтерство является одним из наиболее эффективных способов оптимизации социальной ситуации в обществе.

Например, в Индии 19% взрослого населения хотя бы раз в жизни участвовали в волонтерских акциях. Из них 60% регулярно участвуют в добровольческой работе, отдавая ей более 20 часов в месяц. 46% опрошенных сказали, что они стали волонтерами, потому что они чувствуют в себе большое желание помогать другим.

Волонтерская деятельность способствует изменению мировоззрения самих людей и тех, кто рядом, и приносит пользу, как государству, так и самим волонтерам, которые посредством данной деятельности развивают свои умения и навыки, удовлетворяют потребность в общении и самоуважении, осознают свою полезность и нужность, получают благодарность за свой труд, развивают в себе важные личностные качества, на деле следуют своим моральным принципам и открывают более духовную сторону жизни.

Список литературы

1. Социальная работа с молодежью / Учебное пособие / Под ред. Д.п.н. проф. Н.Ф. Басова – М.: Издательско – торговая корпорация «Дашков и К»; 2007. 382.
2. Бодренкова Г.И. Добровольчество / Г.И. Бодренкова // Социальная работа. – 2006. №1. – С. 52-56.
3. Левдер И.А. Добровольческое движение как одна из форм социального обслуживания / Левдер И.А. // Социальная работа. – 2006. -№2. – С. 35-38.
4. Соколова О.Д. Памятка для волонтеров / О. Д. Соколова // Вологда: Изд. центр ВИРО, 2006. С. 3-20.
5. Основы социальной работы / Под. Ред. Павленок // 1999. – С 27-30.

Романова С.И., 5-курс

ЯЗЫК. ОБЩЕСТВО. КУЛЬТУРА

Научный руководитель: асс. Мартын И.А.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская
Федерация
Кафедра физической культуры

По мнению Ф.Достоевского, «язык - народ». Известный французский писатель А. Камю заявлял: «Моя родина - это французский язык».

Язык является главным инструментом познания и освоения внешнего мира. Он также выступает основным средством общения людей. В равной мере язык делает возможным знакомство с другими культурами.

Будучи неотделимыми от национальных культур, языки проходят вместе с ними через те же перипетии судьбы. Поэтому начиная с Нового времени, по мере передела мира на сферы влияния, многие языки попавших в колониальную и иную зависимость этносов и народов оказались все более тесными с исторической сцены.

В наши дни подобная ситуация стала еще более сложной. Если в прошлом проблема выживания касалась главным образом языков зависимых и отставших в своем развитии стран и народов, то теперь она затрагивает и развитые европейские страны. Это вызывается растущей экспансией английского (американского) языка, который все больше становится универсальным средством общения. По этой причине возникают смешанные, гибридные языки, примером которых может служить так называемый «франгле» или «френглиш», представляющий собой причудливую смесь французского с английским. При этом страдает, конечно, не только язык, но вся национальная культура, которая в своей стране становится неглавной, второстепенной. Происходит то, что западные теоретики называют «фольклоризацией» европейских культур, когда они начинают занимать место фольклора, переходят в разряд местной экзотики. Каждая локальная культура формируется в специфических исторических и природных условиях, создает свою картину миру, свой образ человека и свой язык общения. Каждая культура имеет свою языковую систему, с помощью которой ее носители общаются друг с другом, однако не только в этом заключается назначение и роль языка в культуре. Вне языка культура просто невозможна, поскольку язык образует ее фундамент, ее внутренний базис. Посредством языка люди передают и фиксируют символы, нормы, обычаи, передают информацию, научные знания и модели поведения, верования, идеи, чувства, ценности, установки. Так происходит социализация, которая выражается в усвоении культурных норм и освоении социальных ролей, без которых человек не может жить в обществе. Благодаря языку в обществе достигаются согласованность, гармония и стабильность.

Роль языка в процессах человеческого общения стала предметом научного анализа с начала Нового времени. Ее изучали Д. Вико, И. Гердер, В. Гумбольдт и др., заложив тем самым основы лингвистики. Сегодня язык изучается также психолингвистикой и социолингвистикой. Большие успехи в изучении языка и речевого общения принес XX в., когда ученые связали язык и культуру.

Пионерами в изучении связи языка и культуры были американский культурный антрополог Ф. Боас и британский социальный антрополог Б. Малиновский. Боас еще в 1911 г. указал на эту связь, проиллюстрировав ее сравнением двух культур через их словарный состав. Так, для большинства североамериканцев снег - это просто погодное явление и в их лексиконе это

понятие обозначают только два слова: «snow» (снег) и «slush» (слякоть), а в языке эскимосов существуют более 20 слов, описывающих снег в разных состояниях. Отсюда понятно, что является важным в каждой из этих культур.

Существенный вклад в понимание связи языка и культуры внесла знаменитая лингвистическая гипотеза Сепира-Уорфа, согласно которой язык - это не просто инструмент для воспроизведения мыслей, он сам формирует наши мысли, более того, мы видим мир так, как говорим. Чтобы прийти к этой идее, ученые проанализировали не состав разных языков, а их структуры (европейские языки и язык хопи). Например, было выяснено, что в языке хопи нет деления на прошедшее, настоящее и будущее время; а английскому предложению «Он остался на десять дней» в языке хопи соответствует предложение «Он остался до одиннадцатого дня». На примерах такого типа Уорф поясняет связь культуры и языка.

Не стоит преувеличивать значение гипотезы Сепира-Уорфа: в конечном счете содержание мыслей человека и его представлений определяется их предметом. Человек способен жить в реальном мире именно потому, что жизненный опыт заставляет его исправлять ошибки восприятия и мышления, когда они вступают в противоречие. Поэтому культура живет и развивается в «языковой оболочке», а не «оболочка» диктует содержание культуры. Но не следует и приуменьшать роль связи языка, мышления и культуры. Именно язык служит основой картины мира, которая складывается у каждого человека и приводит в порядок множество предметов и явлений, наблюдаемых в окружающем мире. Любой предмет или явление доступны для человека только тогда, когда они имеют название. В противном случае они для нас просто не существуют. Дав им название, человек включает новое понятие в ту сетку понятий, которая существует в его сознании, иными словами, вводит новый элемент в существующую картину мира. Можно сказать, что язык - это не только средство коммуникации или возбудитель эмоций. Каждый язык не просто отображает мир, но строит идеальный мир в сознании человека, конструирует действительность. Поэтому язык и мировоззрение неразрывно связаны.

В культурологической литературе значение языка чаще всего оценивается как:

- зеркало культуры, в котором отражается не только реальный, окружающий человека мир, но и менталитет народа, его национальный характер, традиции, обычаи, мораль, система норм и ценностей, картина мира;
- кладовая, копилка культуры, так как все знания, умения, материальные и духовные ценности, накопленные народом, хранятся в его языковой системе - фольклоре, книгах, в устной и письменной речи;
- носитель культуры, поскольку именно с помощью языка она передается из поколения в поколение. Дети в процессе и культурации, овладевая родным языком, вместе с ним осваивают обобщенный опыт предшествующих поколений;

- инструмент культуры, формирующий личность человека, который именно через язык воспринимает менталитет, традиции и обычаи своего народа, а также специфический культурный образ мира.

Кроме того, язык:

- облегчает адаптацию человека в условиях окружающей среды;
- помогает правильно оценить объекты, явления и их соотношение, способствует идентификации объектов окружающего мира, их классификации и упорядочению сведений о нем;
- способствует организации и координации человеческой деятельности.

Культура передается посредством языка, способность к которому отличает человека от всех других существ. Благодаря языку возможна культура как накопление и аккумуляция знаний, а также их передача из прошлого в будущее. Поэтому человек в отличие от животных не начинает заново свое развитие в каждом следующем поколении. Если бы он не обладал никакими навыками и умениями, его поведение регулировалось бы инстинктами, а сам он практически не выделялся из среды других животных. Можно утверждать, что язык есть одновременно и продукт культуры, и ее важная составная часть, и условие ее существования. Это означает также, что между языком и реальным миром стоит человек - носитель языка и культуры. Именно он осознает и воспринимает мир посредством органов чувств, создает на этой основе свои представления о мире. Они в свою очередь рационально осмысливаются в понятиях, суждениях и умозаключениях, которые можно передать другим людям. Следовательно, между реальным миром и языком стоит мышление.

Слово отражает не сам предмет или явление окружающего мира, а то, как человек видит его, через призму той картины мира, которая существует в его сознании и которая детерминирована его культурой. Сознание каждого человека формируется как под влиянием его индивидуального опыта, так и в результате инкультурации, в ходе которой он овладевает опытом предшествующих поколений. Можно сказать, что язык является не зеркалом, точно отражающим все окружающее, а призмой, через которую смотрят на мир и которая в каждой культуре своя. Язык, мышление и культура настолько тесно взаимосвязаны, что практически составляют единое целое и не могут функционировать друг без друга.

21-СЕКЦИЯ. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

Turmakhambet A.A., Kirgizbayeva A.D., Munaidarova R.T., Salimova D.A.,
3 year students

THE ROLE OF NURSES IN ORGANIZING MEDICAL AID TO CHILDREN WITH CONGENITAL HEART DEFECTS

Research advisor: PhD Kemelbekov K.S.

"Avimed" multidisciplinary College, Shymkent city. Kazakhstan

Congenital heart diseases – serious abnormalities of the cardiovascular system, accompanied by high mortality in the first year of life, and one of the main causes of stillbirth, infant and child mortality. They also have one of the leading positions in the structure of children's disability. Numerous studies of domestic and foreign authors show that for every 1000 newborns born alive, there are 4-17 children with heart disease. The total mortality rate in congenital heart diseases is extremely high, 29% of newborns die by the end of the week, 42% by the 1st month, 87% by the year.

Protection of children's health is one of the conditions for sustainable development of the future of Kazakhstan. In Kazakhstan, the structure of child mortality congenital heart defects (hereinafter CHD) occupy one of the first places. Every year the percentage of detectability and fertility of children with this pathology increases, respectively, they make significant changes in the General characteristics of public health.

The objectives of the study follow from its purpose and are as follows:

1. Identification of the features of the nursing process in congenital heart disease in children.
2. Analysis of the role of the nurse in the medical rehabilitation of children with congenital heart diseases in the inpatient and the outpatient phase of their treatment.

The work of nurses play an important role in the organization of medical care for patients with CHD and their parents. It is nurses who are closest to children, starting from the moment of their birth. Nurses of the children's Department of the maternity hospital, the foster nurse of the children's polyclinic, nurses of kindergartens and schools, nurses of children's hospitals – this is the category of medical workers who were once given a modest place as a pediatric.

The main objectives of the nursing process are: to ensure an acceptable quality of life for the patient depending on his / her condition; to prevent, alleviate, minimize the patient's problems; to help the patient and his / her family to overcome maladaptation associated with the disease or injury; to support or restore the patient's independence in meeting the basic needs of the body or to ensure a peaceful death.

The nursing process includes five stages:

- nursing examination;
- nursing diagnostics;
- planning of nursing intervention;
- implementation of the nursing intervention plan;

- evaluation of the results of nursing intervention.

The purpose of the nursing examination is to identify the impaired needs of the patient. It consists in collecting information about the state of his health, the patient's personality, lifestyle and the reflection of the data in the map of the nursing process (nursing history).

Nursing diagnosis aims to identify the patient's problems, dividing them into urgent and those that can be postponed. Priority is given to problems related to urgent conditions, especially painful for the patient problems that can lead to deterioration of the patient's health, problems without which it is impossible to solve other problems.

Nursing planning is the preparation by a nurse of a detailed plan of action to achieve the goals of care.

The nurse determines the purpose of interventions and their order. The goals of the intervention should be specific, correspond to the patient's problems, real, divided into short-term and long-term, formulated within the nursing competence, be understandable to the patient and his relatives. The purpose of nursing intervention in children with heart defects is: to prevent the development of a pronounced clinical picture of the disease, exacerbation of the process, the development of heart failure; to ensure maximum comfort of the child.

The goal of the implementation phase of the plan is for the nurse to perform actions and document them. Among the nursing interventions include assessment of functional status, assessment of consciousness, cardiopulmonary resuscitation, the use of drugs, instrumental methods of research, laboratory methods of research, catheterization of the bladder, enema and venting tubes, nutrition and feeding of the patient, personal hygiene of the patient, change of underwear and bed linen, physiotherapy and physical therapy (hereinafter physical therapy), prevention of complications, providing psychological support, training in methods of self-care, terminal care.

Nursing can be dependent, independent, and interdependent. Dependent interventions are performed according to the doctor's prescription, but with the use of knowledge, skills and abilities of the nurse (injection of drugs, probe manipulation, catheterization of the bladder).

Medical rehabilitation consists of restorative medicine (drug therapy and non-drug treatments – physical rehabilitation). The most important stage in the recovery of children with heart defects is precisely restorative medicine. The basic principles of rehabilitation – is the early start of rehabilitation activities; availability of rehabilitation for those who need it; the complexity of the use of all available and necessary methods of rehabilitation; individual approach to each child; stages of rehabilitation; continuity and continuity throughout all stages of rehabilitation; social orientation of rehabilitation; the use of methods to control the adequacy of loads and the effectiveness of rehabilitation.

The main task of the stationary stage of rehabilitation of children with CHD is the normalization of hemodynamic parameters of organs and tissues. At the inpatient stage of rehabilitation of children with congenital heart defects, the nurse performs doctor's appointments for the treatment and prevention of complications in children

with congenital heart defects; carries out all stages of the nursing process, that is, conducts a nursing examination, identifies patients' problems and competently approach to solving them; prepares patients for instrumental studies on doctor's prescription, ; provides psychological support to the patient and his relatives; makes up for the lack of information from parents about the disease of their child, gives recommendations on nutrition, motor regime of the child, methods of prevention of complications. works with the population in the prevention of congenital heart disease in children.

Conclusion. Nurses play a huge role in the work with patients of CHD. It is a nurse who, while caring for patients, must carry out a number of procedures that contribute to the rapid treatment and rehabilitation of young patients. In this regard, we can conclude the absolute relevance of the study of the role of nurses in helping children with CHD.

References

1. Tulegalieva A.G. On the organization of cardiac surgery for children with congenital heart defects in the Republic of Kazakhstan // Bulletin of the Medical center of the presidential Administration of the Republic of Kazakhstan -2012, №2. P.6.
2. Chicherin L.P. Organization of medical and psychological assistance to children and adolescents (Handbook). M., 2006. - 110 sec.
3. Burenina I. A. Methodological bases of modern rehabilitation (clinical lecture). Bulletin of modern clinical medicine. – Kazan: LLC MMC "Modern clinical medicine", 2008. – №1. – P. 88-92.
4. Congenital heart diseases – classification/ Scientific center of cardiovascular surgery. A. N. Bakulev. – [Electronic resource.] – 2016.

22-СЕКЦИЯ. АНТИКРИЗИСНОЕ УПРАВЛЕНИЕ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Алексамян Т.В., 5-курс

БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВОБРАЩЕНИЯ КАК МЕДИКО- СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Научный руководитель: к.м.н., доц. Колосова Е.Г.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская
Федерация

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения №1

Актуальность проблемы болезней системы кровообращения отмечается тем, что они остаются первой причиной заболеваемости, инвалидности и смертности населения в мире.

Цель. Изучить медико-социальные проблемы болезни системы кровообращения (БСК) в Российской Федерации (РФ).

Задачи. Рассмотреть возрастные и гендерные особенности распространения данной патологии, изучить основные показатели заболеваемости БСК - заболеваемость, инвалидность, смертность.

Материалы и методы. Были проанализированы официальные данные из Росстата, Оренбургстата с 2015 по 2018 гг.

Результаты. В структуре общей заболеваемости, сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) занимают видное, но не 1-е место. Среди всех зарегистрированных заболеваний на их долю приходится 14,6%, в то время как на долю БСК приходится 24,8%, а травмы составляют 5,5% от всех впервые зарегистрированных заболеваний. Среди распространенности БСК: 28% – ишемическая болезнь, 25,7% – болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, 25% – цереброваскулярные болезни.

В нашей стране БСК занимают первое место среди причин инвалидности. При этом, 4% мужчин получают I группу, 60% -II группу инвалидности. У женщин эти показатели немного ниже. Среди причин инвалидности преобладают ишемическая и гипертоническая болезни, сосудистые поражения мозга, ревматизм. Наблюдается снижение показателя первичной инвалидизации от БСК в динамике за 5 лет. В возрастном интервале от 25 до 34 лет наблюдается увеличение смертности от БСК. В возрастном промежутке от 35 до 44 лет смертность мужчин от БСК превышает смертность женщин в 2,4 раза, в том числе от ИБС в 6 раз. В промежутке от 55 до 64 лет – второй, наиболее высокий пик смертности мужчин (около 60 лет). В данном возрастном интервале смертность мужчин в 2 раза выше смертности женщин, и основными причинами, создающими такое превышение, являются БСК, прежде всего ИБС. В возрасте старше 65 лет, гендерные различия уменьшаются и становятся почти одинаковыми по частоте. В структуре смертности по основным классам причин, ССЗ (сердечно-сосудистые заболевания) составляют 56,6%. Показатели смертности в России от ССЗ значительно превзошли соответствующие

показатели всех экономически развитых стран (в 3 раза больше показателя США, в 4,4 и 5,9 раза соответственно Италии и Франции). Таким образом, Россия имеет самую высокую смертность от ССЗ среди развитых стран Европы.



Рисунок 1. Структура смертности по основным классам причин

Анализ динамики общей заболеваемости БСК взрослого населения г.Оренбурга выявил тенденцию к снижению показателей до 4,7% на 1000 населения из общего числа всех заболеваний (778,9 за 2018 г.).

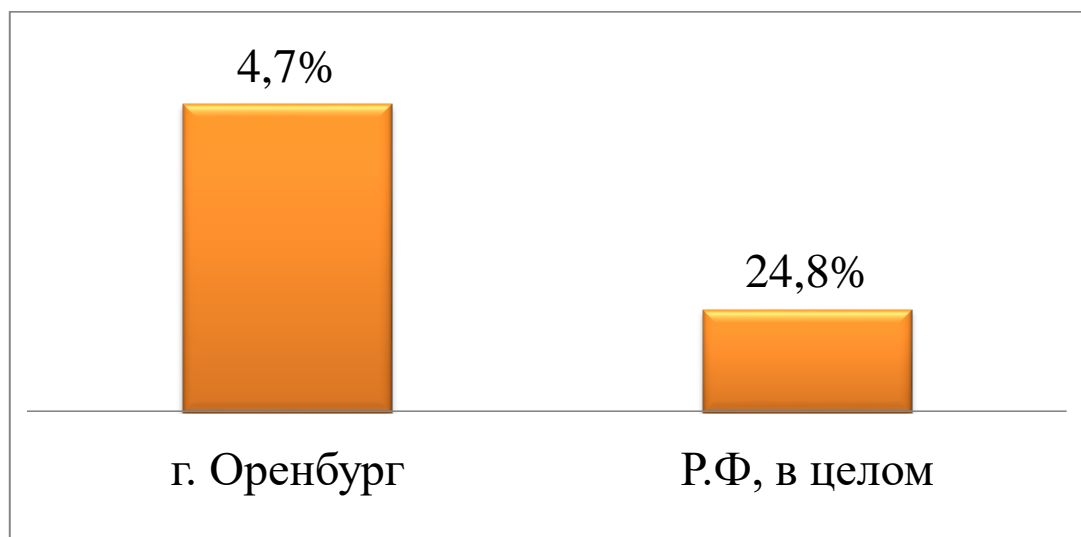


Рисунок 2. Сравнительный анализ динамики заболеваемости БСК в г. Оренбург и Р.Ф. в целом

В результате сравнительного анализа выявлено, что на протяжении всего анализируемого периода времени, уровень первичной инвалидности среди взрослого населения г.Оренбурга выше среднероссийских показателей. Темп

убыли в РФ и г. Оренбурге одинаков и составил 27,2%: в РФ с 18,4 на 10 тыс. населения до 13,4; в Оренбурге – с 22,3 на 10 тыс. населения до 16,9.

По данным Росстата, в Оренбургской области отмечается повышение показателей смертности (15036 человек за 2018 г., по сравнению с 15676 человек за 2017 г). Основной причиной смертности несомненно остаются БСК, что составляет 862895 случаев. В целом, отмечается позитивная динамика: снижение смертности по РФ 3,5%, что нельзя отнести г. Оренбургу – отмечается прирост на 2% за 2017-2018 гг.

Делая вывод, можно сказать что такие высокие показатели БСК в г. Оренбурге связаны со следующими факторами: неблагоприятная экологическая обстановка в регионе, высокие показатели социального неблагополучия населения по сравнению с другими субъектами Р.Ф., а также низкий уровень своевременной обращаемости населения за медицинской помощью.

Выводы. Болезни системы кровообращения являются важной медико-социальной проблемой, так как занимают 1-е место (более 50%) в структуре смертности, 2-е место в структуре распространенности заболеваний среди взрослого населения и 1-е место в структуре инвалидности также среди взрослого населения.

Алексян Т.В., 5-курс, Панина К.А., 5 курс

ОСОБЕННОСТИ ПОВРЕЖДЕНИЙ (ПЯТОЧНОГО) АХИЛЛОВА СУХОЖИЛИЯ У НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА ОРЕНБУРГА

Научный руководитель: к.м.н. Ефимова С.В., к.м.н., доц. Гурьянов А.М.
Оренбургский государственный медицинский университет. Российская
Федерация

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения №1
Кафедра травматологии и ортопедии

Разрывы ахиллова сухожилия достаточно распространены, имеется тенденция к росту частоты разрывов. Вместе с тем, часто разрывы происходят в социально и экономически активном 30–40-летнем возрасте.

Цель. Выявить особенности травм пяточного сухожилия у населения г.Оренбурга.

Задачи. Проанализировать частоту, причины, возрастные, гендерные особенности и структуру повреждений пяточного сухожилия.

Материалы и методы. Изучены медицинские карты 65 пациентов, лечившихся в ГАУЗ «Городская клиническая больница №4» г. Оренбурга с 2010 по 2018 гг.

Результаты. Установлено, что из года в год число пациентов с травмами пяточного сухожилия, обращавшихся за медицинской помощью в лечебные учреждения г.Оренбурга, существенно не изменялось. Среди пострадавших с разрывами ахилла преобладали мужчины 78,5%, реже травма пяточного сухожилия наблюдалась у женщин (21,5%); соотношение составило 3,6:1. Средний возраст пациентов – 44,8 лет. Среди пострадавших 43% были

представителями рабочих профессий, 35% занимались умственным трудом и 22% - не работали. В 63% (41 из 65) встречались свежие разрывы, в 18% (12 из 65) – застарелые, в 14% (9 из 65) – несвежие, 5% приходилось на повторные разрывы. Чаще наблюдалось повреждение правого пяточного сухожилия (65%). Самой частой причиной являлась бытовая травма – 60%, реже производственная (35%). 5% пришлось на умышленную травму. Преобладали закрытые повреждения (80%), реже встречались ранения сухожилия (20%). Механизмом травмы при закрытых повреждениях чаще были прыжок или толчок во время бега. Открытые повреждения чаще наносились режущими предметами (профлист, стекло, нож).

Выводы. Частота травм пяточного сухожилия среди жителей нашего города не уменьшается из года в год. В структуре повреждений преобладающими были бытовые и спортивные травмы. Чаще повреждается правое пяточное сухожилие. К группе риска относятся мужчины трудоспособного возраста, занимающиеся физическим трудом и ведущие активный образ жизни.

Мухаметжанқызы Е., магистрант

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕХНОЛОГИИ НА УРОВНЕ ПМСП

Научный руководитель: Сергалиев Т.С.

НАО «Карагандинский медицинский университет». Казахстан

Кафедра общественного здравоохранения

За последние десятилетия мир стремительно движется по информационным технологиям, нового типа где основным инструментом ее формирования становятся цифровые технологии. В современных условиях информационные технологии и цифровая трансформация являются основным фактором технологических перемен и услуга залогом своевременного и успешного перехода страны на цифровую технологию, является создание безопасной, надежной и конкурентоспособной информационно-телекоммуникационной инфраструктуры отвечающей неуклонно растущим потребностям пациента. На сегодня Казахстан достиг устойчивого прогресса в направлении медицинских услуг. С 1 января 2010 года во всех Поликлиниках внедрена новая программа комплексная медицинская система, единая национальная система здравоохранения, регистр прикрепленного население (далее-КМИС, ЕНСЗ, РПН) предусматривающая обеспечение пациентам свободного выбора врача и медицинской организации, формирование конкурентной среды оказания медицинских услуг, работу медицинских организаций, направленную на достижение конечных результатов согласно основным принципам Единой национальной системы здравоохранения (ЕНСЗ) каждый гражданин Республики Казахстан имеет право на свободный выбор стационара и врача. При этом медицинскую помощь можно получить как в государственных, так и в частных медицинских организациях, имеющих государственный заказ на проведение лечебно-диагностических мероприятий.

Процесс плановой госпитализации осуществляется согласно приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 05 июня 2014 года №302 «О внесении изменения в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 июля 2010 года №492 «Об утверждении Инструкции по организации плановой госпитализации в стационар в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи через Портал бюро госпитализации».

С 1 июля 2010 года согласно Приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан №336 от 13.05.2010 г. «О внедрении портала Бюро госпитализации» на всей территории Республики Казахстан внедрен Портал Бюро Госпитализации. Портал Бюро госпитализации (далее – Портал БГ) - единая система электронной регистрации, учета, обработки и хранения направлений пациентов на плановую госпитализацию в стационар в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее - ГОБМП). В случаях, требующих срочной госпитализации в стационар для оказания неотложной медицинской помощи проводится экстренная госпитализация (при несчастных случаях, авариях и бытовых травмах, при острых инфекционных заболеваниях, при тяжелых отравлениях и других внезапных (острых) состояниях с угрозой здоровью пациента). Благодаря координации плановой госпитализации появилась возможность госпитализации пациентов в плановом порядке в межрегиональные и республиканские клиники, тогда как до внедрения ЕНСЗ лечение в этих клиниках было возможно на платных условиях или при направлении по квотам. Для сельских жителей расширились возможности для получения стационарной помощи в условиях областных и республиканских клиник. Осуществляется основной принцип ЕНСЗ – свободный выбор медицинской организации и врача, а также право граждан на качественную и своевременную медицинскую помощь, которые регламентированы Кодексом Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения».

По данным отчетных форм Портала бюро госпитализации за период с 01.01.18 г. по 01.01.2019 г. в городские, частные и республиканские клиники, находящиеся в г.Алматы на плановую госпитализацию было госпитализировано – 633 389 пациентов (из них сельских жителей - 73 964 пациента), из них по сводному выбору 69 698 пациентов. Данный время в поликлинике переход на без бумажный работы «Поликлиника без бумажный систем» позволил достичь следующих результатов:- появились возможности планирования и координации времени врача и пациента, каждый пациент может выбрать удобное для себя время для посещения участкового врача или узкого специалиста - появилась возможность регулирования интенсивности потока пациентов с равномерной нагрузкой на врача в течение рабочего дня с учетом установленных нормативов приема пациентов;- повысилось качество оказания медицинской помощи, так как утвержденный регламент времени позволяет уделять соответствующее время для опроса и осмотра пациентов.

Список литературы

1. Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан
2. Единое окно доступа к образовательным ресурсам. <http://window.edu.ru/>
3. Информационные технологии в современной медицине и здравоохранении. <https://academy-prof.ru/blog/informacionnye-tehnologii-v-medicine>

Рахматуллина Д.А., Гашкаримов В.Р.

СПОСОБ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ПО АРТРОСИНДЕСМОЛОГИИ

Научный руководитель: к.м.н., доц. Стрижков А.Е.

Башкирский государственный медицинский университет. Российская
Федерация

Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии

Цель. Разработать способ восстановления препаратов соединения костей, позволяющий значительно повысить наглядность объектов исследования.

Материал и методы. Объектом исследования явились мумифицированные препараты соединения костей трупов взрослого человека. Способ восстановления их наглядности заключался в проведении трех этапов: анатомическое препарирование; грунтование поверхности и окраска необходимых соединений между костями акриловыми красителями (Иманова В.Р., 2012).

Результаты. Проведено анатомическое препарирование соединений костей разных регионов тела человека из трупного материала с сохранением связочного аппарата. Затем мы создали стойкий грунт на костях, способный обеспечит достаточную адгезию. Для этого применялись художественные белила с металлическими добавками из цинка и титана. После сушки препаратов с белилами произвели контурную окраску связочного аппарата, вспомогательных элементов суставов, мест прикрепления мышц и сухожилий олифой. После контрольной проверки подготовленного объекта научным руководителем (консультантом), была проведена окраска подготовленных структур и покрытие лаком всего макета для защиты от различных факторов (вода, механические повреждения). В 2017 году после внедрения технологий в учебную программу мы провели исследование. Были отобраны 2 группы, одна опытная, которая использовали макеты по артротомологии и контрольная группа, которая ими не пользовалась. Изучение продолжалось в течение всего раздела. В конце провели опрос. По результатам которого установили, что студентам опытной группе изучать артротомологию было легче, чем в контрольной.

1. Какой раздел анатомии опорно-двигательного аппарата был для вас самым тяжелым?

Выводы. Способ дает возможность студентам детально изучить все аспекты артротомологии самостоятельно, а преподавателям позволят наглядно показывать и объяснять материал.

Список литературы

1. Иманова В.Р., Куланбаева Э.Х., Апканиева О.В., Мусалимова А.Р. Опыт использования акриловой художественной краски «LADOGA 331» для окраски музейных препаратов на кафедре анатомии человека БГМУ // Вестник молодых ученых Республики Башкортостан. – 2012, №4. – С.21-25.

23-СЕКЦИЯ. ДОСТИЖЕНИЯ И ПРОБЛЕМЫ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В МЕДИЦИНЕ

Кандалова И.А., 2-курс

ДОСТИЖЕНИЯ И ПРОБЛЕМЫ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В МЕДИЦИНЕ

Научный руководитель: ст. преп-ль Богдалова Е.Ю.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская

Федерация

Кафедра физической культуры

Медицинское симуляционное обучение во всем мире помогает решить проблемы неполноценной отработки практических манипуляций, повышения квалификации ординаторами и врачами без рисков для жизни реальных пациентов, а также отработку навыков вне зависимости от наличия в клинике соответствующих больных и графика работы лечебного учреждения. Актуальной проблемой данной отрасли в России является дефицит специалистов высокой квалификации, поэтому одним из главных направлений современного медицинского образования является усиление практической подготовки будущих врачей с должным изучением теории. Целью моей работы является рассмотрение результатов внедрения симуляционного обучения в медицину, а также проблем, связанных с реализацией этих технологий.

Методики симуляционного обучения в медицине известны уже давно, в частности в анестезиологии манекены применяются с 80-х годов 20-ого века. В последнее десятилетие в системе отечественного здравоохранения, в числе прочего, появились и широко внедряются разнообразные модели, муляжи, тренажеры, виртуальные симуляторы и другие технические средства обучения, позволяющие с той или иной степенью достоверности моделировать процессы, ситуации и иные аспекты профессиональной деятельности медицинских работников [1]. Симуляционное обучение не является решением всех проблем отечественного здравоохранения и медицинского образования, но при этом они являются действенным и эффективным инструментом для решения определенных задач. Для того чтобы эти дорогостоящие технологии принесли максимальную пользу необходимо четко определить их достоинства и недостатки, после чего поставить цели и сформулировать задачи, решение которых без этих технологий не возможно или не целесообразно.

Традиционные формы обучения имеют значительные недостатки – необходимость организации специализированных служб для обслуживания вивария и работы с трупами, при этом такой тип обучения менее реалистичен. В настоящее время единственными эффективными и безопасными способами отработки практических навыков являются виртуальные технологии. Смоделированные на компьютере ситуации полностью имитируют физиологический ответ пациента на действия врача либо воспроизводят адекватную реакцию тканей на манипуляции хирурга. В современном мире

существуют десятки компаний, производящих симуляторы для различных медицинских специальностей по всему миру [4]. Наиболее предпочтительной для организации системы симуляционного обучения является классификация оборудования по семи типам реалистичности:

1. Визуальный-классические учебные пособия, электронные учебники, стенды, обучающие компьютерные игры;
2. Тактильный-тренажеры практических навыков, реалистичные фантомы органов, манекены СЛР, на таких тренажерах чаще происходит отработка мануальных навыков;
3. Реактивный-воспроизводятся самые простые активные реакции фантома на действия студента-манекены низшего класса реалистичности;
4. Автоматизированный-манекены среднего класса реалистичности, видеооборудование;
5. Аппаратный-симулятор среднего класса в палате, оснащенной медицинской мебелью и аппаратурой, тренажер, укомплектованный реальным медицинским оборудованием;
6. Интерактивный-роботы-симуляторы пациента высшего класса реалистичности (High Fidelity) и виртуальные симуляторы с обратной тактильной связью;
7. Интегрированный-комплексные интегрированные симуляционные системы, где в ходе операции виртуальные тренажеры демонстрируют все необходимые показатели [3].

Основная проблема симуляционного обучения в медицине – это дороговизна организации самих симуляционных центров. Затраты государства на внедрение учебных центров довольно значительные, основные расходы уходят на:

а) оснащение (капитальные затраты и основные средства) центров в образовательных организациях, имеющих лицензию на образовательную деятельность;

б) первоначальное обучение групп специалистов, которые впоследствии способны обучать всех других специалистов симуляционного обучения (преподавателей-тренеров и экспертов);

в) оплата работ по созданию методических материалов (сценарии занятий, перечни оснащения, критерии оценки);

г) расходные материалы и обновление оборудования;

д) оплата труда штатного персонала Учебных центров;

е) оплата труда специалистов, осуществляющих контроль и коррекцию функционирования системы имитационного обучения.

Так же не стоит забывать «правило утраты цены» - при переходе на последующий уровень реалистичности цена симуляционного оборудования увеличивается в три раза. Цена учебного изделия может колебаться от 500 до 1000000 долларов США, что уменьшает оснащенность учебных центров.

К проблемам симуляционного обучения в РФ также стоит отнести - отсутствие единой концепции симуляционного обучения. В вузах существует

разброс по подходам к обучению, методам, структуре занятий, способам оценивания. Учитывая важность проблемы, необходимо учесть гигантский опыт зарубежных клиник и профессиональных организаций при разработке российских стандартов [2].

Таким образом, симуляционное обучение в медицине имеет огромные преимущества в сравнении с традиционным. Конечно, виртуальное учебное изделие не вытесняет традиционные формы обучения – лекции, семинары, курация больных, но все же наиболее эффективно сначала отработать практические навыки на тренажере, прежде чем допускать студентов к пациенту. Тренажеры, используемые в симуляционном обучении, спасают жизнь пациентам, позволяя совершать неизбежные ошибки в период обучения не на живых людях, благодаря чему помогают стать хорошим специалистом каждому.

Список литературы

1. Горшков М.Д., Кольш А.Л. История симуляционного обучения в России и за рубежом. В кн.: II Съезд Российского общества симуляционного обучения в медицине РО СОМЕД-2013. Москва.
2. Косаговская И.И., Волчкова Е.В., Пак С.Г. Современные проблемы симуляционного обучения в медицине.// Эпидемиология и инфекционные болезни 2014г;
3. Симуляционное обучение по специальности «Лечебное дело» / Под ред. А.А. Свистунова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 288 с.;
4. Усова Н.Ф. Использование современных технических средств обучения для повышения наглядности преподавания.// Сибирский медицинский журнал 2010г;

24-СЕКЦИЯ. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ. МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ КОЛЛЕДЖ

Амантаева Д.Г., магистрант, 2-курс

АДАПТОГЕНЫ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ (ОБЗОР)

Научный руководитель: к.ф.н. Жабаева А.Н.

НАО «Медицинский университет Караганды». Казахстан

Кафедра фармацевтических дисциплин и химии

В современном мире наблюдается значительное снижение показателей уровня здоровья, рост заболеваемости населения, ослабление иммунных и других адаптационно-приспособительных механизмов организма вследствие ухудшения экологической обстановки, интенсификации ритма жизни, снижения социальной защищенности широких слоев населения. В связи с этим, повышение резистентности организма к действию стрессорных факторов является актуальной задачей современной медицины. В решении указанной проблемы большое значение принадлежит разработке новых эффективных адаптогенных средств природного происхождения.

Цель. Анализ современных источников литературы, посвященных адаптогенам растительного происхождения для разработки новых эффективных адаптогенных средств.

Материалы и методы. Изучение современных источников литературы, посвященных адаптогенам растительного происхождения, их применению в медицине и фармации.

Результаты. Адаптогены представляют собой группу лекарственных средств природного (растительного, животного, микробиологического) и синтетического происхождения, способных поддерживать и стимулировать защитные силы организма человека, ускорять процессы его адаптации, повышать физическую и умственную работоспособность, стрессоустойчивость [2]. Малые дозы адаптогенов при правильном применении вызывают общее расслабление, некоторую заторможенность, снижение общей возбудимости. Средние дозы оказывают умеренный стимулирующий эффект, создавая ощущение бодрости, прилива энергии. Высокие дозы могут вызвать перевозбуждение, появление раздражительности, бессонницы, чрезмерной агрессивности. В отличие от классических психомоторных стимуляторов типа кофеина, адаптогены даже при передозировке не вызывают истощения резервов ЦНС. При длительном их приеме нервная система не истощается, а наоборот укрепляется, становясь более устойчивой к стрессам [1].

В настоящее время растительные адаптогены пользуются широкой популярностью, однако истинными адаптогенными свойствами обладают лишь некоторые: женьшень, элеутерококк, левзея, золотой корень, заманиха, аралия маньчжурская, лимонник китайский [5].

Самым известным и широко применяемым фитоадаптогеном является корень растения семейства аралиевых - женьшеня (*Panax Ginseng*, что означает

«корень жизни»). С давних времен он применялся народами Восточной Азии как целебное (адаптивное) средство в борьбе со старостью, переутомлением, малокровием, нарушением деятельности внутренних органов (сердце, легкие, печень, почки) и нервной системы. Позднее адаптогенные и иммуномодулирующие свойства были обнаружены и у других растений - таких как элеутерококк, лимонник китайский, родиола розовая, заманиха, также нашедших широкое применение в народной медицине. Китайский лимонник в медицинской практике используется для повышения общего тонуса организма, устранения сонливости, возбуждения дыхания и деятельности сердечно-сосудистой системы. Он усиливает также корковые возбуждающие процессы, повышая уровень работоспособности коры головного мозга. Родиола розовая (*Phodiola rosea*), или золотой корень, так называемый «сибирский женьшень», обладает стимулирующим и адаптогенным действием. Применяется при повышенной утомляемости, неврастенических состояниях, вегетососудистой дистонии. Элеутерококк (*Eleutherococcus senticosus*) использовался на протяжении двух тысячелетий в Китае как общеукрепляющее и тонизирующее средство. Близкой по действию на организм к женьшеню является заманиха (*Tinctura Echinopanax*). Аралия маньчжурская (*Araliac*) содержит следы алкалоидов, эфирные масла, сапонины, гликозиды. Применяется при гипотензии, астении. Из ее корней выделены аралозиды А, В и С - тритерпеновые гликозиды олеаноловой кислоты. Левзея сафроровидная (*Rhaponticum carthamoides*) традиционно считается одним из самых сильных природных адаптогенов. Ее часто применяют при астенических и астенодепрессивных состояниях, связанных с ослаблением протеиногенных процессов, при длительных интоксикациях, неврастении, гипотензии. Из корня левзеи выделен стероид экдистен (*Ecdistenum*), повышающий работоспособность путем усиления биосинтеза белка в организме [4]. Было установлено, что в наземных органах серпухи венценосной (*Serratula coronata* L.), содержание фитоэкдистероидов, в частности, 20-гидроксиэкдизона, на порядок выше, чем в левзее сафлоровидной [3].

Выводы. Анализ литературных данных позволил выявить наиболее часто используемые фитоадаптогены, а также определить перспективные направления для разработки новых адаптогенных средств.

Список литературы

1. Куркин В.А., Петрухина И.К., Акушская А.С. Исследование номенклатуры адаптогенных лекарственных препаратов, представленных на фармацевтическом рынке Российской Федерации // Фармацевтические науки. // 2014. // №8 // С. 898-902.
2. Морозов Ю.А. Возможность использования сока лимонника китайского плодов для получения сиропа адаптогенного действия // Серия Медицина. Фармация. // 2018. // № 1 // С. 145-100.
3. Пчеленко Л.Д., Метелкина Л.Г., Володина С.О. Адаптогенный эффект экдистероидсодержащей фракции *Serratula Coronata* L. // Химия растительного сырья. – 2002. - №1. – С. 69-80.

4. Студенцов Е.П., Рамш С.М., Казурова Н.Г., Непорожнева О.В., Гарабаджиу А.В., Кочина Т.А., Воронков М.Г., Кузнецов В.А., Криворотов Д.В. Адаптогены и родственные группы лекарственных препаратов - 50 лет поисков // *Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии.* // 2013. // №4 // С. 3-43.
5. Успенская Ю.А. Цитоадаптивный эффект препаратов растительного происхождения // *Проблемы современной аграрной науки.* // 2015. // С. 43-46.

Григорьева К.Н., 1-курс

ФИЛОСОФИЯ МЕДИЦИНЫ: РАЗВИТИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Научный руководитель: к.п.н., доц. Неволина В.В.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская

Федерация

Кафедра философии

Возникновение врачебных практик относится к Древнейшим временам. Медицина в то время имела два направления: эмпирическое, то есть основанное на практическом опыте и культовое, которое базируется на мифолого-религиозных верованиях. Священные книги, написанные в древней Индии, такие как: «Ригведа», «Яджурведа», «Самаведа» содержат знания в различных областях: философии, медицины, мифологии, религии и другие. Со временем в свет вышла книга «Аюрведа» (дословно переводится как «учение о долгой жизни»), в которой пересекались аспекты медицины и философии. К примеру, учение о трех субстанциях: слизь, желчь, прана и учение о пяти стихиях[1;3].

В Древние времена актуальность набирали религиозные практики (буддизм, брахманизм), главной целью которые является достижение нирваны. Что не прошло бесследно, для развития медицины. А так же своё распространение получила йога, практики которой были направлены для улучшения физического состояния[2;5].

Особая связь между философией и медициной наблюдалась в древнем Китае. Запрет на вскрытие тел умерших привело к тому, что знание о человеке строилось на догадках, теориях и гипотезах. Мировоззрение и философские учения строились на двух противоположных силах инь и янь. Именно из-за этих сил всё в мире циклично и вселенная разделяется на положительную и отрицательную стороны. Положительная сторона образует Небо, а отрицательная формирует Землю[1;2].

Древнекитайские врачи использовали концепцию усин в объяснении жизни человека и лечении его болезней. Смысл в этой концепции заключается в том, что человек состоит из пяти элементов, объединенных в одно целое, весь организм человека взаимодействует с окружающей средой.

Вся Древневосточная медицина была неразрывно связана с религиозными и философскими взглядами [2;3;5].

Во времена Античной Греции медицина начала обособление от религиозных учений, мифологии. Врачи выдвигали различные философские

взгляды на появление и развитие человечества. Алкмеон и Эмпедокл являлись одновременно и врачами и философами.

Безусловно, один из известнейших врачей древней Греции - Гиппократ. «Гиппократовский сборник» известен каждому современному врачу. В нем содержатся трактаты: «Клятва», «Закон», «О враче», «Наставления». В одном из трактатов «...Поэтому должно, собравши все сказанное в отдельности, перенести мудрость в медицину, а медицину в мудрость. Ведь врач-философ равен богу...». Гиппократ являлся не только талантливым врачом, но и прекрасным философом. Он внес много открытий в медицину, являлся просветителем. С именем Гиппократа связаны учение о этике врача. Он один из первых заговорил о моральном облике доктора. Можно с уверенностью сказать, что Гиппократ внес колоссальный труд в развитие медицины и деонтологии[1;3].

Другая не менее интересная личности Античности - Аристотель, который был потомственным врачом. Его так же интересовали вопросы медицины и философии. Аристотелем был написан трактат «О душе», в котором рассматриваются теоретические основы психологии. В другом трактате «Политика» содержатся рекомендации по сохранению здоровья. В философии напрямую не затрагивались вопросы медицины, но была огромная роль философии в осознание происхождения и развития человека.

По мнению П.Дамиани философия - «служанка богословия» и это выражение находит своё подтверждение в период Средневековья. Пересечения философии и медицины можно найти в Ветхом и Новом Завете (примеры исцеления, отношение к врачеванию и другие). Согласно христианским учениям, человек состоит из тела, духа и души и, следовательно, существует три вида заболеваний: духовные, телесные, душевные[5].

Философия XVII разделила на два направления, основными представителями являлись Ф.Бекон и Р.Декарт. Их направления были разными, но они оба уделяли внимание вопросам медицины. Р. Декарт сыграл огромную роль во введении критериев точности, строгости и достоверности знания в науку. Декарт занимался вопросами анатомии и физиологии[1].

Философскую трактовку дает Гегель таким терминам как: жизнь, смерть, здоровья и другие.

Учения Ф.Ницше шли в противоречие с эволюционными учениями Ч.Дарвина.

Стоит отметить огромный вклад отечественных врачей-философов в развитие философии медицины. И.И.Мечников рассматривал этические проблемы медицины, был убежден, что «человек при помощи науки в состоянии исправить несовершенства своей природы»[4].

В трудах М.Я. Мудрова, Ф.П. Гааза, Н.И. Пирогова, С.П. Боткина, В.А. Манассеина затрагивались важнейшие вопросы медицинской этики и деонтологии[1].

Подводя итог, хочется отметить, что в историческом развитии медицины прослеживается тесная взаимосвязь между философией и самой медициной. Не

смотря на различные мировоззренческие ориентиры относительно объяснения смысла жизни человека, медицинские традиции и инновации, во все времена востребованы профессионализм, ответственность, милосердие, гуманность в вопросах врачевания и высокого служения медицине.

Список литературы

- 1.Философские проблемы биологии и медицины: итоги и перспективы: сборник статей. - М.: изд-во «Принтберри», 2011. -300с.
- 2.Философия медицины-самосознание терапии. Вызов времени и современная российская медицина / сб. статей и тезисов докладов, Екатеринбург: УГМУ. 2014. -Т.І. -243 с.
- 3.Рюмина М.Т. Философия. Культура. Медицина/ уч. пособие для мед. ВУЗов. РГМУ, 2009
- 4.Кондратьев. В.П. Философия и медицина: уч.пособие, Тул.Гос.Ун-т. - Тула,2002. -75 с.
- 5.Сорокина Т.С. История медицины: 2 т. -Т.1: учебник для студ.учреждений высш .мед. образования/ Т.С. Сорокина. -13-е издание -М.: Издательский центр «Академия», 2018. -288 с.

Жариков К.М., 4-курс, Нафиков А.В., 4-курс, Астафьев Б.В., 4-курс
**АСКОРБИНОВАЯ КИСЛОТА И ЕЕ РОЛЬ В ПРОФИЛАКТИКЕ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Научный руководитель: к.м.н., доц. Кряжев Д.А.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская
Федерация
Кафедра общей и коммунальной гигиены

Заболевания органов дыхания, органов пищеварения, сердечно-сосудистой системы, заболевания печени, онкологические заболевания, болезни выделительной системы часто возникают из-за образования в организме активных форм кислорода (АФК) под влиянием внешних факторов. Чтобы поддерживать концентрацию АФК в пределах нормы в живых организмах имеется система антиоксидантной защиты. Аскорбиновая кислота в организме человека выполняет множество функций, а именно является восстановителем химических реакций, коферментом гидроксилаз и сильным антиоксидантом.

Цель. Рассмотреть вопросы использования антиоксидантных средств в качестве профилактики профессиональных болезней у рабочих химического производства в городе Оренбурге.

Материалы и методы. Обследовано 50 работников химического завода ООО «Спектр» город Оренбург, с использованием метода опроса, опираясь на теорию, изложенную в учебнике В.И. Архангельский «Гигиена и экология» 2012 г.

Результаты. В ходе опроса была обнаружена следующая клиника недостатка дефицита витамина С: медленное заживление ран и порезов: 6 рабочих - (12%), гематомы: 4 рабочих - (8%), кровоточивость десен: 17 рабочих

- (34%), депрессивные состояния: 5 рабочих - (10%), боль в суставах: 1 рабочий - (2%), частые и тяжело протекающие простудные и инфекционные заболевания: 13 рабочих - (26%), воспалительные процессы в слизистых оболочках: 3 рабочих - (6%), у 1 рабочего - (2%) клинических проявлений гиповитаминоза не было обнаружено, в связи с сезонным введением в рацион питания поливитаминных комплексов.

Выводы. Аскорбиновая кислота в организме человека выполняет множество функций, а именно является восстановителем химических реакций, коферментом гидроксилаз и сильным антиоксидантом. Экологическое состояние области, климатические условия, вредности на производстве, курение влияют на суточную потребность в витамине С. Чтобы устранить признаки дефицита витамина С необходимо вести санитарно-просветительскую работу с населением, проводить беседы о важной роли регулярного приема поливитаминных комплексов, основных антиоксидантов, а также обязательное включение в рацион питания продуктов, богатых аскорбиновой кислотой: листовые овощи (капуста, салат,), киви, чёрная смородина, шиповник, цитрусовые, лук, бахчевые культуры, боярышник, лесная земляника.

Пулатов М.Д., 2-курс

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЯ И ИХ ОБРАТИМОСТЬ ПРИ КОРРЕКЦИИ ХЕДЕРАГЕНИНОМ

Научный руководитель: Маматалиев А.Р.

Андижанский государственный медицинский институт. Узбекистан

Кафедра клинической фармакологии

Изменение, возникающее при экспериментальной гиперхолестеринемии у животных, по многим параметрам сходны с таковым у больных атеросклерозом. В настоящей работе проведен морфометрический анализ состояния аорты кроликов при избыточном поступлении в организме холестерина и при коррекции его хедерагенином.

Цель. Изучить обратимость морфологических изменений сосудов после экспериментальной гиперхолестеринемии и при коррекции хедерагенином у кроликов.

Материалы и методы. Работы выполнены на 40 взрослых кроликах, разделенных на 4 группы: 1-я группа кролики получавшие в течение 30 сут. холестерин в дозе 0,3г/кг, забитые через 1сут. после последнего даче препарата, 2-я группа кролики получавшие в течение 30 сут. холестерин в дозе 0,3г/кг и хедерагенина в дозе 0,002г/кг, забитые через 1 сут. после последнего даче препаратов (10), 3-я группа кролики получавшие в течение 30 сут. холестерин в дозе 0,3г/кг, забитые через 1мес. после последнего даче холестерина, 4-я группа кролики 2-я группа кролики получавшие в течение 30 сут. холестерин в дозе 0,3г/кг и хедерагенина в дозе 0,002г/кг, забитые через 1 мес. после последнего даче препаратов.. Интактными служили 10 кроликов содержащихся в одинаковых условиях вивария. В долях печени в центральной и периферической зонах, определяли

число двуядерных клеток. Диаметр ядер гепатоцитов измеряли с помощью МОВ-15, по формуле Якоби вычисляли объем ядер, результаты обрабатывали статистически. При их анализе учитывали данные, полученные ранее в опытах на этих же кроликах, о том, что 30-суточное введение холестерина вызывало увеличение его концентрации в крови (по сравнению с исходный $(1,56 \pm 0,04$ ммол/л) в 1 группе $(6,5 \pm 0,21$ ммол/л) и в 2 группе $(3,8 \pm 0,30$ ммол/л) и о нормализации этого показателя у животных, забытых через 1,5 мес. после прекращения введения этого вещества.

Результаты. Подсчет двухядерных клеток показал, что как у интактных животных, так и у кроликов, получавших холестерин (2-я и 3-я группы), их максимальное количество наблюдалось в периферической части печеночных долек, минимальное в центральной. В печени кроликов 2й группы при этом имелось тенденция к уменьшению количество 2х ядерных гепатоцитов в центральной зонах и к его увеличению в периферической зоне долек. В периферической части печени возврат их к исходным краниметрический показателем не произошло.

Выводы. Таким образом, введение кроликам холестерина, обуславливающее увеличение его содержание в крови и печени вызывает длительно сохраняющиеся сдвиги краниметрических показателей печени. Полученные нами результаты свидетельствуют о неполном возвращении изученных показателей через 1,5мес. После прекращения избыточного поступления в организм холестерина, хотя к этому сроку в значительной мере нормализуются показатели липидного обмена крови и печени.

Сайдиганиева Н., магистрант, Тажи Д., магистрант

НЕОБРАТИМАЯ ГИБЕЛЬ МОЗГА И ВОПРОСЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ

Научные руководители: к.м.н. Бапаев Ж.Б., к.м.н. Сарсенбаева Г.Ж.
Южно-Казахстанской медицинской академии, г. Шымкент. Казахстан
Кафедра социального медицинского страхования и общественное здоровье

Стратегический план развития Республики Казахстан до 2025 года был разработан в целях учета новых стратегических задач, а также глобальных вызовов, проведения последовательной и устойчивой политики достижения долгосрочных стратегических целей развития страны. За годы реализации этого плана на сегодняшний день была достигнута определенная положительная динамика социально-экономического развития страны. В результате проведения необходимых работ в этом направлении ожидаемая продолжительность жизни казахстанцев составляет к 2020 году 73,5 года, а к 2025 году 75 лет.[1]

Основой национальной системы здравоохранения Казахстана был и будет соблюдение принципов солидарной ответственности за здоровье, всеобщего охвата населения и обеспечения качественной медико-социальной помощью.

Одной из наиболее драматичных и широко обсуждаемых ситуаций в современной медицине является констатация у пациента необратимой гибели мозга (смерти мозга). Представление об этом состоянии, впервые описанном в 1959 году и названное запредельной комой, за 60 лет претерпело множество эволюционных изменений - от терминологических и философских до анатомо-физиологических. В настоящее время концепция констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга признаётся врачами, юристами, философами и религиозными деятелями большинства стран мира.

В 1995 году Американская академия неврологии (AAN) опубликовала практические параметры диагностики смерти мозга. До появления систем поддержки предполагалось, что смерть наступила, когда сердце безвозвратно остановилось. Перевод программ с потребностью в жизнеспособных органах потребовал переоценки понятия смерти. Сегодня смерть мозга считается эквивалентной смерти человека, а смерть ствола мозга принимается как смерть мозга.

В современной реаниматологии аксиомой звучит то положение, что в условиях гипоксии раньше и больше других органов страдает головной мозг и конечно в первую очередь кора мозга. Не случайно, что в процессе умирания у больного вначале угасают и функции продолговатого мозга, дыхания и, наконец, позже всего угасает сердце. Понятие смерти мозга закреплено в Приложении к приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 25 сентября 2018 года №ЗРК ДСМ-18 «Об утверждении Правил констатации биологической смерти или необратимой гибели головного мозга (смерти мозга), и прекращения искусственных мер по поддержанию жизненно важных функций органов после констатации биологической смерти или необратимой гибели головного мозга (смерти мозга)», разработанной в соответствии с Кодексом Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» [2].

В соответствии с указанными Правилами биологическая смерть представляет собой прекращение жизнедеятельности организма, при котором жизненно важные функции человека необратимо угасли. А необратимая гибель головного мозга (смерть мозга) – это полная утрата интегральной функции клеток головного мозга. Поэтому смерть мозга приравнивается к биологической смерти самого человека.

К первичным повреждениям мозга относятся:

- 1) Тяжелая черепно-мозговая травма;
- 2) Спонтанные и иные внутричерепные кровоизлияния;
- 3) Инфаркт мозга;
- 4) Опухоли мозга;
- 5) Внутричерепные оперативные вмешательства на мозге [3].

Проблема разработки критериев смерти мозга на основе изучения процессов умирания клеток коры головного мозга, является одной из главенствующих в современной реаниматологии. Без решения этой задачи не может быть дан ответ на многие вопросы, возникающие в практической

деятельности врача, постоянно сталкивающегося с оживлением организма, касающихся возможности, целесообразности и прогностической значимости реанимационных мероприятий в каждом конкретном случае. При наступлении клинической смерти мозга остальные органы человека могут быть вполне здоровы и пригодны для трансплантации.

С целью развития посмертного органного донорства и трансплантации в 2012 году в республике создана система трансплантационной координации. На данный момент ведется работа по повышению информированности населения на прижизненное согласие на донорство органа; развитию трансплантации от трупа (трупного донора); развитию новых технологий в области трансплантации органов и костного мозга от родственного и неродственного донора и созданию единой информационной системы «регистр доноров, реципиентов и лиц, ожидающих трансплантацию».

Количество пересаженных органов в Казахстане по состоянию на 1 января 2019 г.

2018 г.			2012-2017гг.		
Почки	от трупного донора	15	почки	от трупного донора	134
	от живого донора	148		от живого донора	897
Печень	от трупного донора	4	печень	от трупного донора	43
	От живого донора	32		от живого донора	203
Сердце		8	сердце		63
Легкие		0	легкие		10
поджелудочная железа		0	поджелудочная железа		2
Роговица	5		роговица	8	
а			а		
Всего:	212		всего	1360	

В 2018 году в БСМП г.Шымкент выполнено 17 трансплантаций почек и 5 трансплантации печени (все от живого донора). В 2017 году в клинике

выполнено 13 трансплантаций почек (11 от живого донора и 2 от трупа) и 5 трансплантаций печени (от живого донора).



В значительной степени трансплантология является областью борьбы за новые возможности жизни. Этические проблемы трансплантологии, нюансы и аспекты трансплантации связаны с вопросами гуманности и справедливости в предоставлении возможностей современной медицины конкретным людям, моральным выбором при сложных вариантах альтернатив, дилемм, требующих от врачей не только профессионального мастерства, но и знания всех тонкостей закона, и большой этической искушенности.

Это гуманность и справедливость, которые должны соблюдаться по отношению как к донору, так и к реципиенту при получении, хранении и передаче органов и тканей, с сохранением достоинства людей (живых и умерших), поскольку успехи трансплантологии позволяют спасти жизни пациентам, долгое время считавшимся обреченными.

Список литературы

1. Указ Президента Республики Казахстан от 15 февраля 2018 года №636 «Об утверждении Стратегического плана развития Республики Казахстан до 2025 года».
2. Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года №193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 28.12.2018 г.).
3. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 25 сентября 2018 года №ЗРК ДСМ-18 «Об утверждении Правил констатации биологической смерти или необратимой гибели головного мозга (смерти мозга), и прекращения искусственных мер по поддержанию жизненно важных функций органов после констатации биологической смерти или необратимой гибели головного мозга (смерти мозга)».

25-СЕКЦИЯ. ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К КОММЕРЦИАЛИЗАЦИИ НАУЧНЫХ РАЗРАБОТОК В СФЕРЕ МЕДИЦИНЫ

¹Аубакиров А., 3-курс, ¹Маншарипов Д., 3-курс, ³Давыденко Г.П., 3-курс,
¹Тулеева А., 1-курс, магистрант, ⁴Мурат А., 2-курс

РАЗРАБОТКА ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

^{1,3}Научный руководитель: Маншарипова А.Т.

^{1,4}Научный руководитель: PhD MOST Хамитов А.Н.

¹Казахстанско-Российский медицинский университет, г. Алматы,

²MOST, г. Алматы, ³Ассоциация молодых медиков Алматы, ⁴Алмаркс, г.
Алматы, Казахстан

¹Кафедра патологической физиологии, ¹кафедра патологической анатомии,
¹кафедра внутренних болезней, пропедевтики, ⁴кафедра ИТ, Алмаркс

Сахарный диабет - неинфекционная эпидемия 20 и 21 веков. Каждый год им болеет более 6 миллионов человек. По подсчётам экспертов ВОЗ, число людей с сахарным диабетом к 2030 году превысит 370 миллионов, а к середине века, если темп роста больных не снизится, половина населения земли будет поражена этим заболеванием [4]. Последние десятилетия в Казахстане, как и во всем мире, характеризуются ростом распространенности сахарного диабета (СД). По данным Национального регистра число больных СД в Казахстане на начало 2014г. достигло 240 531 [4]. Одним из главных ограничений для человека, болеющим СД - необходимость строгого ограничения себя в питании и прохождение неприятных процедур (проверка сахара в крови путем забора крови с пальца) по несколько раз в день [5].

Целью проекта является создание информационной базы углеводной ценности продуктов питания для контроля состояния пациентов с сахарным диабетом и метаболическим синдромом.

Материал и методы. Разрабатываемое устройство GlucoWAYS для неинвазивного определения сахара крови состоит из материалов и комплектующих: светодиод, фотодиод, мультиметр, корпус устройства (на 3D принтере), микроконтроллер, процессор, дисплей, резисторы, конденсаторы, аккумулятор, разъёмы.

Мобильное приложение

Приложение поддерживает возможность работы в портретной ориентации экрана.

Локализация приложения предусматривает русскую версию пользовательского интерфейса.

Версия поддерживаемых Android устройств не ниже Android SDK 16 и iOS не ниже 8.0

Разрешения экранов Android: mdpi (320x480 px), hdpi (480x800px), xhdpi (720x1280px), xxhdpi (768x1280px)

Поддержка приложения iPhone: 5, 6, 6 Plus, 7

Язык реализации Android – Java, язык реализации iOS – Objective C или SWIFT. Дизайн пользовательского интерфейса iOS приложения должен соответствовать стандартам Apple, дизайн интерфейса Android приложения соответствует стандартам Google. Пользователи после скачивания приложения должны пройти регистрацию по следующим полям (таблица №1).

Таблица №1 Регистрацию по следующим полям.

При авторизации как родитель:				1. Фамилия			
1. Фамилия ребенка				2. Имя			
2. Имя ребенка				3. Email			
3. Email				4. Дата рождения			
4. Дата рождения ребенка				5. Пол			
5. Пол ребенка				6. Город			
6. Город				7. телефон			
7. телефон				8. Пароль			
8. Пароль				9. Повторите пароль			
9. Повторите пароль				10. Тип нарушения углеводного обмена			
10. Тип нарушения углеводного обмена ребенка				11. срок заболевания сахарным диабетом			
11. срок заболевания сахарным диабетом ребенка							

Функционал мобильного приложения: определение сахара в крови, дневник самоконтроля, база углеводной ценности продуктов, калькулятор болюса инсулина, структурированный экспорт данных.

Полученные результаты

В результате работы нами собрано меню по низкокалорийной диете, диете №9, также создана база по продуктам питания региона, национальной кухни с определением калорий [6].

Наш прототип- разработка приспособления-клипсы GlucoWAYS (рисунок №1), которая позволит пациенту быстро и безболезненно определить уровень сахара в крови неинвазивным способом. Неинвазивный глюкометр позволяет измерить количество глюкозы в крови человека термоспектроскопическим способом [7].



Рисунок №1 Приспособление - клипса GlucoWAYS

В результате работы нами выработан алгоритм работы:

- приспособление - клипса прикрепляется к мочке уха, включается, немного ждётся, пока индикатор не замигает тем или иным цветом. Если огонек красный, значит, уровень глюкозы понижен, белый означает нормальный уровень, если клипса светится желтым цветом, значит, уровень сахара в крови повышен.

- помимо индикатора, который предупреждает об опасности и является визуальным сигналом, результат проверки сопровождается звуковым сигналом.

- приспособление - клипса имеет функцию соединения по беспроводной связи с разработанным мобильным приложением GlucoDoc, с компьютером, или напрямую с доктором, родителем, супругом, которые узнают, что есть

повод для беспокойства, и смогут принять необходимые меры предосторожности, если это потребуется.

Функционал мобильного приложения GlucoDoc:

- 1) Определение сахара в крови
- 2) Дневник самоконтроля
- 3) База углеводной ценности продуктов
- 4) Калькулятор болюса инсулина
- 5) Структурированный экспорт данных

Разработка и успешное тестирование системы GlucoWAYS приведет к созданию безопасного, безболезненного, удобного способа определения концентрации глюкозы в крови у людей, страдающих от сахарного диабета.

Выводы:

1 Разработана визуализация пищевой ценности продуктов питания для больных сахарным диабетом.

2 Создание прототипа мобильного приложения для пациентов с возрастзависимыми заболеваниями, сахарным диабетом по определению калоража пищи, отдаленного доступа врача к лабораторным данным, чат «врач-пациент».

Список литературы

1. Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения в 2013 году. Статистический сборник (ТОО «Мединформ»). - Астана, 2014. - 514 с
2. Eight Nathan D.M., Meigs J., Singer D.E. The Epidemiology of Cardiovascular Disease in Type 2 Diabetes Mellitus: How Sweet It Is ... or Is It? //Lancet.- 1997. - 350 (Suppl. 1). - P. S4-S8.
3. Абылайулы Ж. Диагностика и лечение сердечно - сосудистых заболеваний при эндокринной патологии: Клиническое руководство. – Алматы, 2011. - С. 226.
4. Базарбекова Р.Б. Результаты программы диаскрин в Казахстане. Медицина. - 2011.- №7.-С.97-99.
5. Дедов И.И., Балаболкин М.И. Новые возможности компенсации сахарного диабета типа 1 и профилактика его сосудистых осложнений. - М., 2003.- 67с.
6. Жангелова М.Б. Клиническая лабораторная диагностика. Учебно-методическое пособие. - Алматы, 2012. - 60 с.
7. Nine American Diabetes Association. The new guidelines about diabetes mellitus and its complications from The American Diabetes Association // Diabetes Care. - Volume 37, Supplement 1, January 2014. -P.35-38.

Кривенцев А.Е., 2-курс

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ 3D ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ НА КАФЕДРЕ АНАТОМИИ

Научные руководители: д.м.н., доц. Снигур Г.Л.¹, к.м.н., доц. Ефимова Е.Ю.²
Волгоградский государственный медицинский университет. Российская

Федерация

Центр молодежного инновационного творчества «Биомедицина»¹

Кафедра анатомии²

В настоящее время использование 3D технологии в качестве нового метода визуализации исследуемых объектов – является важным шагом в развитии медицинских наук, в том числе и анатомии. Благодаря данной методике, можно с большой точностью воссоздать трехмерные модели костей человеческого тела, произвести реконструкцию сосудистого русла, нервных волокон, определить закономерности течения процессов заживления ран. Немаловажную роль этот вид технологий играет и в образовательном процессе: более углубленное и детализированное изучение морфологических наук, визуализация и интерактивность препаратов [1]. С помощью трехмерного моделирования студенты могут изучить общее строение человеческого организма, как происходит циркуляция крови, дыхание, заглатывание пищи, проследить механику движений в суставах. На данный момент имеется острая нехватка профессиональных интерактивных учебных материалов. Поэтому основываясь на изучении методики 3D-сканирования и 3D-моделирования, возможно усовершенствовать образовательный процесс, сделать изучение анатомии и других наук более наглядным и информативным, что должно способствовать повышению усвоения материала студентами [2].

Цель. Выявить целесообразность использования 3D моделей костных препаратов при изучении анатомии человека.

Материалы и методы. Сканирование препаратов проводили на базе Центра молодежного инновационного творчества «Биомедицина» (г.Волгоград), с использованием 3D сканера Einscan SE. При этом точность воспроизведения составляет 0,1мм. 3D-печать выполняли на принтере Picaso Designer X.

Результаты. В результате 3D сканирования и 3D печати получены модели костных препаратов, которые в достаточном объеме отражают их строение. В ходе проведения данной работы были выявлены как преимущества (существуют большие трудности с работой на биологическом материале, его часто не возможно получить, тогда как 3D модели являются общедоступными, студент для более наглядного изучения может сделать собственную модель; еще одно преимущество – это долговечность 3D моделей, т.к. настоящие препараты достаточно хрупкие и легко повреждаются; а также массовость – возможность обеспечения моделями всех кафедр), так и недостатки (недостаточная точность и качество воспроизведения, возможно несоответствие размеров мелких частей объектов) 3D моделей по сравнению с настоящими препаратами.

Выводы. Современные достижения в области компьютерных технологий позволяют разрабатывать новые и усовершенствовать старые методики визуализации и моделирования анатомических структур. Полученные результаты можно использовать в ходе теоретического обучения, а также в клинической практике. Таким образом, работа с 3D технологиями (3D реконструкции, 3D моделирования, 3D печати) способствует развитию научного творчества, повышает интерес и участие студентов в научной

деятельности, расширяет кругозор и привлекает студентов-медиков к изучению инновационных технологий.

Список литературы

1. Anderson C. Fast Generation of NURBS Surfaces from Polygonal Mesh Models of Human Anatomy / C. Anderson, S. Crawford-Hines // Technical Report, Department of Computer Science, Colorado State University, Fort Collins. – February 9, 2000.
2. Овчаренко В.В., Пикалюк В.С., Малов А.А., Шкуренок В.П., Плеханова К.А. 3D реконструкция, 3D моделирование и 3D печать как форма внеаудиторной самостоятельной учебно-исследовательской работы студентов (УИРС) на кафедре нормальной анатомии человека медицинской академии имени с.и. георгиевского // Крымский журнал экспериментальной и клинической медицины - 2016, т.6, - №3, - С. 240-245.

Мухамади Н.З., аспирант

РОЛЬ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА ТЕЛА МАТКИ

Научный руководитель: д.м.н., доц. Умарова С.Г.

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
Кафедра онкологии

Рак тела матки (РТМ) занимает третье место после рака шейки матки и молочных желез. На сегодняшний день этиология и патогенез данного заболевания остается до конца невыясненным, в связи, с чем проводится много исследований, по изучению факторов риска и развития РТМ. Основной целью современной клинической онкологии остается стремление к выявлению злокачественных опухолей на раннем этапе их развития, что требует дальнейшего совершенствования методов диагностики. По литературным данным первый пик заболеваемости приходится на возрастную группу 45-49 (29,09%) лет, а второй пик - женщины в возрастной категории 54-59 лет, что составляет 45,51%.

Цель. Сравнить информативность МРТ органов малого таза в дооперационном периоде с гистологическим заключением послеоперационного макропрепарата.

Материалы и методы. В ГУ «РОНЦ» МЗ и СЗН РТ был проведен ретроспективный анализ 100 амбулаторных карт и историй болезней больных с верифицированным диагнозом «рак эндометрия». 43 пациентки были в возрасте 50-59 лет (43%), 30 больных - в возрасте 60-69 лет (30%), 15 женщин - в возрастной группе 40-49 лет (15%), 8 пациенток - в возрастной группе 70-80 лет (8%), 4(4%) больных - в возрасте 30-39 лет. Средний возраст пациенток составил $54 \pm 1,5$ года. Из них 65% больных находились в менопаузе, а 31% в пременопаузе, и у 4% - репродуктивная функция сохранена. Всем пациенткам дооперационно производилось: диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала, и, 20 больным, МРТ органов малого таза. МРТ органов

малого таза производилось на аппарате MAGNETOM Ci 0,35 Тесла SIEMENS. Оценка чувствительности методов определялась по формуле: $Se = \frac{TP}{TP+FN} \times 100\%$, где Se - чувствительность метода; TP-истинноположительный результат; FN – ложноотрицательный результат;

Результаты. В процессе проведенного анализа нами определены наиболее значимые показатели МРТ для постановки достоверного дооперационного диагноза РТМ, а именно, локализация опухолевого процесса, наличие и глубина инвазии, распространение на цервикальный канал или яичники, метастатическое поражение подвздошных лимфатических узлов. Также, нами был произведен сравнительный анализ показателей глубины инвазии в миометрий при МРТ органов малого таза с данными послеоперационного морфологического исследования макропрепарата, так как по данным литературы информативность МРТ при РТМ варьирует от 71 до 97%. Из 100 больных прошедших обследование с диагнозом РТМ 20 пациенткам было проведено в дооперационном периоде МРТ органов малого таза, чьи заключения сопоставлены с заключениями морфологического исследования макропрепаратов. Из 20 больных у 9 наблюдалась глубина инвазии до 2\3 миометрия, а у 5 больных до 1\2 миометрия, у 5 - инвазия опухоли в миометрий отсутствует, и, лишь в 1 случае - инвазия опухолевого процесса достигала серозной оболочки матки. При сравнении данных морфологических заключений с МРТ несоответствие заключений колебалась в пределах от 5% до 10% случаев. Сравнительный анализ локализации опухолевого процесса при МРТ малого таза и заключений морфологического исследования, показал следующее: по описаниям МРТ в 10 случаях опухоль локализовалась в области дна + стенка, а при морфологическом описании это соответствовало 11 случаям; у 5 больных, по данным МРТ, опухолевой процесс был распространен по всей полости матки, что при гистологическом исследовании соответствовало 3 случаям. Описана локализация опухоли в трубных углах при МРТ в 2 случаях, а при морфологическом исследовании в 3; соотношение заключений о переходе в цервикальный канал – 2:1, поражения яичников описаны в 1 случае, при морфологическом заключении - в 2 случаях.

Выводы. В итоге, сравнение заключений МРТ в дооперационной диагностике РТМ показало, что наибольшую чувствительность в плане определения степени инвазии опухоли в стенку матки показал метод МРТ от 60 до 91%. Таким образом, наличие высокоэффективного оборудования и квалифицированных специалистов - функционалистов позволяет выявлять рак тела матки на ранних стадиях и определять степень распространенности опухолевого процесса, что дает возможность в выборе тактики лечения и прогнозирования течения заболевания.

Осаулко Д.Ю., 4-курс

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-АЛЛЕРГОЛОГА

Научные руководители: асс. Бобкова Е.В., асс. Дегтярева Д.В.
Оренбургский государственный медицинский университет. Российская
Федерация
Кафедра детских болезней

Регистр заболеваний - это организованная система, использующая методы наблюдательных исследований для сбора и анализа унифицированных данных о группе пациентов, объединенных определенным заболеванием, нарушением, болезненным состоянием или подвергшихся определенному воздействию, которая решает научные и клинические задачи практического здравоохранения. Ведение регистров пациентов с различными нозологиями – это инструмент, позволяющий решать эти задачи, так как предоставляет данные о применении медицинских технологий, их эффективности, безопасности и отражает результат терапии в условиях реальной клинической практики. Эпидемиологические данные свидетельствуют о росте распространенности бронхиальной астмы (БА) по всему миру. Отмечается неуклонная тенденция к росту заболеваемости БА не только у взрослых, но и у детей. Согласно данным статистических материалов МЗ РФ за 2017г., в России официально зарегистрировано 1406493 больных бронхиальной астмой.

С целью улучшения качества оказания помощи детям Оренбургской области в 2017 году приказом Минздрава Оренбургской области был создан Региональный регистр больных БА, который включил в себя следующие разделы: паспортные данные, гендерные сведения, клинический диагноз, тяжесть и уровень контроля заболевания, частоту и тяжесть обострений, объем базисной терапии, наличие инвалидности, число дней госпитализации, обращение за скорой медицинской помощью и ряд других.

Региональный регистр включает более 2000 пациентов детского возраста с бронхиальной астмой и позволяет изучить структуру, динамику заболеваемости и осуществлять мониторинг терапии в условиях реальной клинической практики.

Цель. Оценить эффективность терапии БА у детей Оренбургской области с применением компьютерной информационной технологии (Региональный регистр) за 2017-2018 годы.

Материалы и методы. Использовано WEB-приложение Региональный регистр взрослого и детского населения Оренбургской области с применением консультации врача-аллерголога кабинета регистра on-line.

Результаты. За двухлетний период зарегистрировано примерно одинаковое количество пациентов с БА разной степени тяжести (2166 и 2020 детей). При динамическом наблюдении за 2017-2018 гг.: количество мальчиков составило 64,27% и 64,8%; девочек 35,73% и 35,20%, соответственно. Анализ показал, что увеличилось количество пациентов с впервые выявленной БА на

2,3% в 2018 году. Вместе с тем, в сравнении с 2017 годом уменьшилось количество детей-инвалидов по БА на 2,13%. В 2017 г. количество детей с легкой интермиттирующей БА составило 40,21%, с легкой персистирующей – 31,63%, со средней степенью тяжести – 21,75%, с тяжелой 6,19%. По сравнению с 2017 г. в динамике отмечается увеличение количества детей с легкой степенью БА (до 45,54% - легкая интермиттирующей и до 34,36% - легкая персистирующая) и уменьшение количества больных со средней – до 15,84% и тяжелой степенью – до 3,81%.

Пациенты, получающие базисную терапию более года, составили в 2017 г. 44,43%, в 2018 г. – 44,7%. По данным за 2017 год 83,01% детей с легкой интермиттирующей БА достигли хорошего контроля заболевания, с легкой персистирующей БА 62,77% детей, со средней степенью тяжести 37,37%, с БА тяжелой степени 1 чел. (0,75%). В 2018 г. контроля БА достигли аналогичное количество детей. В 2017г. количество детей с легкой персистирующей БА получающих ИГКС составило 70,8%, с БА средней степени тяжести 55,41%, с тяжелой степенью 19,4% детей. Количество детей с БА средней степени тяжести, получавших комбинированные препараты (ИГКС+ β 2 агонисты длительного действия) составило 39,7%, с БА тяжелой степени 75,37%.

Так в 2018 г. количество детей с легкой персистирующей БА, получающих ИГКС увеличилось и составило 79,39%, с БА средней степени тяжести 57,18%; уменьшилось количество детей с тяжелой степенью 18,18%. Количество детей с БА средней степени тяжести, получавших комбинированные препараты, уменьшилось - 36,56%, а с БА тяжелой степени возросло до 79,22%.

Выводы. Таким образом, работа Регионального регистра позволила провести коррекцию базисной терапии БА у детей с применением консультации врача-аллерголога кабинета регистра on-line. Региональный регистр позволяет улучшить качество ведения больных с БА. Проведенный анализ выявил дефекты ведения и терапии детей с бронхиальной астмой, что подтверждает актуальность использования информационной технологии «регистр» в практическом здравоохранении.

Сапарова Е.Г., 2-курс, Знобищева В.И., 2-курс

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИММОБИЛИЗОВАННОЙ УРЕАЗЫ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ МОБИЛЬНЫХ ПРОТЕЗОВ ПОЧКИ

Научный руководитель: асс. Крайникова Д.А.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская

Федерация

Кафедра биологической химии

Цель: исследование возможностей использования иммобилизированной уреазы для изготовления мобильных протезов почки

Миллионы людей на планете страдают от заболеваний почек. Показатель растет на 5-7% в год из-за распространения диабета и гипертонии.

Подавляющее большинство узнают об этом, только когда почки практически отказывают и срочно необходимо жизнеспасаящий диализ, то есть искусственное очищение крови. Основными методами искусственного очищения являются гемодиализ и перитонеальный диализ. Гемодиализ не может заменить все функции природной почки, и постепенно самочувствие больных ухудшается, и появляются проблемы с опорно-двигательным аппаратом, сердечно-сосудистой и нервной системами. С годами больные получают инвалидность, теряют трудоспособность, а нередко преждевременно умирают.

В последние десятилетия сохраняется устойчивый интерес к разработке носимого аппарата «искусственная почка» (НАИП). НАИП может быть выполнен на основе процедуры гемодиализа или перитонеального диализа. Гемодиализ не может обеспечить чистку и балансировку жидкости на непрерывной основе. Поэтому уровень токсина и объем жидкости имеют тенденцию изменяться, вызывая своеобразный шок у пациента. То же самое верно для стандартного перитонеального диализа.

Принцип регенерации и вторичного использования диализата реализуется в колонках системы REDY (англ. Recirculating Dialysis) и в системе AWAK (англ. Automated wearable artificial kidney), которые способны удалять из организма креатинин, мочевину, мочевую кислоту и другие азотсодержащие продукты метаболизма. AWAK с другой стороны, функционирует непрерывно, как и обычные почки у человека, устраняя периодические шоки у организма. И поскольку, AWAK не подразумевает кровообращение вне тела, он «бескровен». Он так же регенерирует и повторно использует жидкость и белковые компоненты в диализате, минимизируя белковую потерю.

Уреаза – это белок, относится к третьему классу ферментов - класса гидролаз, подклассу амидаз, обладающий специфическим свойством катализировать гидролиз мочевины до диоксида углерода и аммиака:



Активный центр уреазы содержит два иона Ni^{2+} , один из ионов координирован двумя остатками гистидина, остатком аспрагина, мостиковым атомом кислорода, молекулой воды и атомом кислорода лизинового остатка; другой координирован двумя остатками гистидина, молекулой воды, мостиковым атомом кислорода и кислородом и атомом кислорода лизинового остатка.

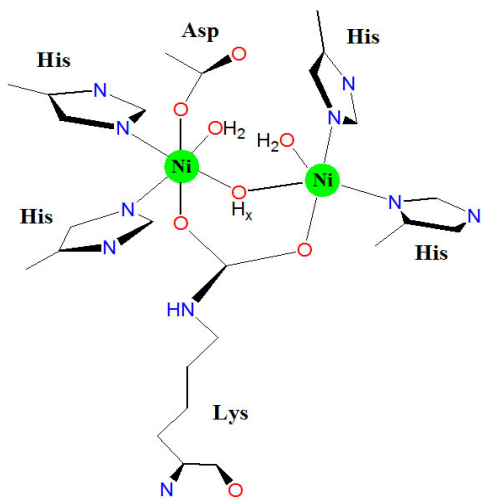


Рисунок 1 – Активный центр уреазы



Рисунок 2 - Механизм ферментативного действия уреазы

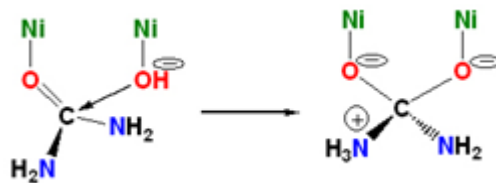


Рисунок 3 - Монодентное связывание и активация

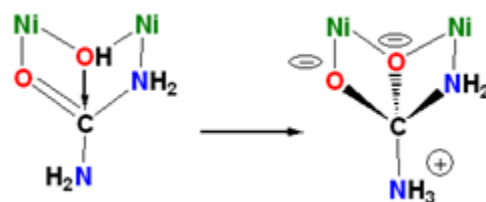


Рисунок 4 - Бидентатное связывание и активация

Фермент нашел применение в составе анализаторов для определения

концентрации мочевины в биологических жидкостях, а также для очистки диализной жидкости аппаратов типа "искусственная почка".

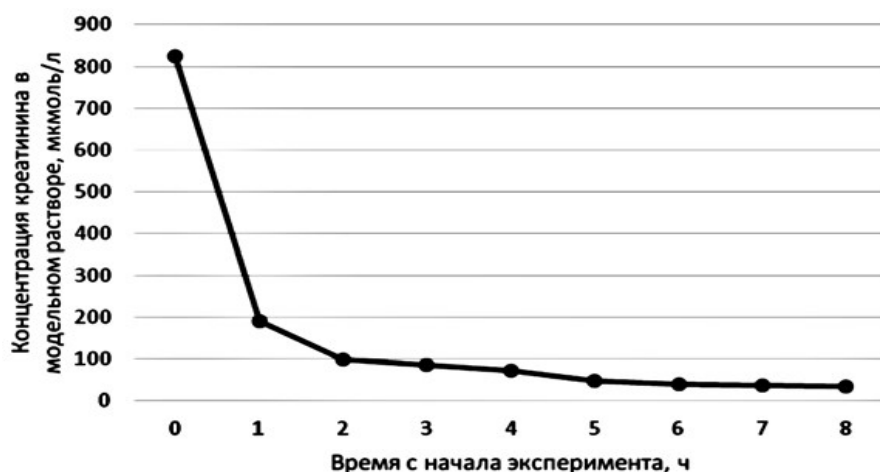
Специфичность данного белка в том, что он разлагает только мочевины. Уреаза может находиться в свободной или иммобилизованной форме. В случае использования свободной уреазы скорость гидролиза прямо пропорциональна ее концентрации, кроме того, ее использование возможно только однократно. Иммобилизованная уреазы остается в сорбционной колонке, при этом гидролиз протекает только на поверхности ее твердофазного носителя, что позволяет контролировать удаление продуктов разложения и повысить каталитическую активность уреазы в разы. В качестве твердофазного носителя для иммобилизации уреазы подходят несколько смол.

С целью исследования возможностей использования иммобилизованной уреазы в составе сорбционной колонки для удаления всех необходимых маркеров диализа (мочевины, мочевой кислоты, креатинина) были изготовлены комплексная сорбционная колонка и экспериментальная установка для ее испытания.

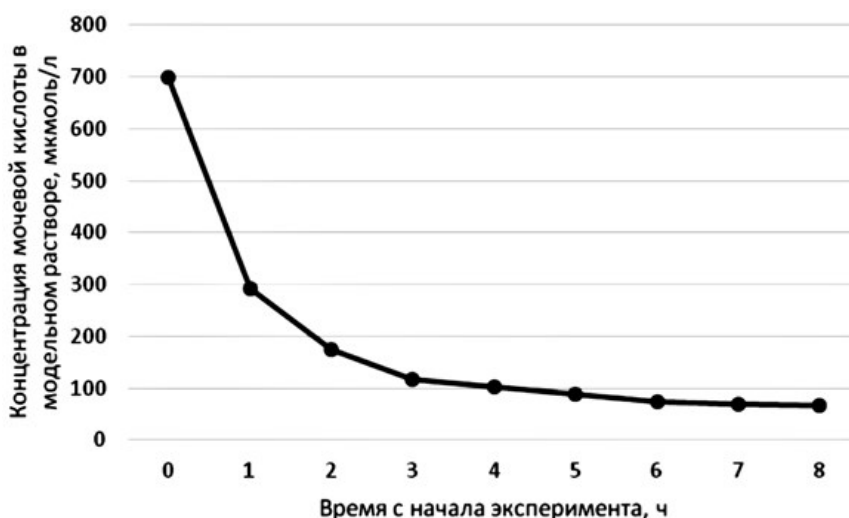
Структура сорбционной колонки. Комплексная сорбционная колонка состоит из последовательного наложения ее компонентов друг на друга. Активированный уголь позволяет эффективно поглощать мочевую кислоту и креатинин, в то время как уреазы ускоряет гидролиз мочевины. Продукты реакции гидролиза удаляются фосфатом и оксидом циркония.

Экспериментальная схема представляет собой замкнутый контур с термостатированной емкостью для диализата (чтобы температура диализата поддерживалась на уровне 37°C) и испытываемой сорбционной колонкой, через которую проходит отработанный диализирующий раствор. Подача диализирующего раствора в колонку осуществляется перистальтическим насосом со скоростью 100 мл/ мин. Для количественной оценки скорости удаления метаболитов из раствора были проведены измерения ее концентрации в растворе с помощью биохимического анализатора «Stat Fax 3300».

Динамика концентраций креатинина. В начале эксперимента концентрация креатинина составляет 800 мкмоль/л. Уже через час наблюдается значительное снижение концентрации до 200 мкмоль/л, еще через час-100 мкмоль/л. Далее концентрация креатинина в эксперименте от 5 часов до 8 будет находиться на одном уровне (90 мкмоль/л.)



Динамика концентрации мочевой кислоты. В начале эксперимента концентрация мочевой кислоты составляет 700 мкмоль/л. Через час-300 мкмоль/л, через 2 часа-190 мкмоль/л, через 3 часа-110 мкмоль/л. От 4 часов до 5 концентрация составляет 100 мкмоль/л.



Как видно из приведенных данных, убывание носит экспоненциальный характер как для креатинина, так и для мочевой кислоты. Креатинин и мочевая кислота одинаково хорошо сорбируются активированным углем и в последствии не переходят обратно в раствор.

На сегодняшний день в системе AWAK произведено усовершенствование сорбента (препарат для очищения организма). Новый сорбент, кроме активированного угля, содержит ионнообменные смолы на основе оксида и фосфата циркония, а также иммобилизованный фермент уреазу. Это позволило сделать прорыв в области перитонеального диализа: регенерация перитонеального раствора сорбентом позволила уменьшать недельный объем потребляемого раствора до 4 литров.

26-СЕКЦИЯ. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

Асланова Э.О., 5-курс, Кутлубаев Ф.Г., кл. орд.

ЗНАЧИМОСТЬ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ

Научный руководитель: к.м.н., доц. Кравцова О.Н.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская
Федерация

Кафедра поликлинической терапии

Грипп - это острая высококонтагиозная респираторная вирусная инфекция с преимущественно воздушно-капельным путем передачи, вызываемое вирусами гриппа, которые относятся к семейству Orthomyxoviridae, включающий в себя роды Influenza A, B, C, D, Изавирус, Тоготовирусы и Кваранфилвирусы. Поражаются все возрастные группы населения в различных географических условиях. В современном обществе грипп и гриппоподобные заболевания являются наиболее распространенными и контагиозными инфекциями. Вирус гриппа опасен тем, что может привести к развитию легочных и внелегочных осложнений, которые возникают при среднетяжелой, тяжелой, гипертоксической форме данного заболевания.

Цель. Оценить эффективность вакцинопрофилактики взрослого населения от вируса гриппа на примере взрослой поликлиники ГБУЗ «ГКБ №5» г.Оренбурга.

Материалы и методы. Для проведения анализа использованы данные о количестве прикрепленного взрослого населения к ГБУЗ «ГКБ №5» г.Оренбурга и данные о количестве проведенной иммунизации от вируса гриппа за 2017 и 2018 год, зарегистрированные в «Журнале учета профилактических прививок – форма 064/у» и в «Журнале учета инфекционных заболеваний 060/у».

Результаты. Проведенное исследование показало, что в 2017г. в поликлинике была запланирована и проведена вакцинация от гриппа 20425 человек, что составило 100%. В 2018г. согласно плану было привито 18256 чел., что также составило 100%. По данным формы 060/у («Журнал учета инфекционных заболеваний») в 2017 году было зарегистрировано 2 случая заболевания гриппом у лиц, не прошедших вакцинацию от данного заболевания, а в 2018 году случаев заболевания гриппом не было.

Выводы. Таким образом, установлено, что вакцинопрофилактика является эффективным методом борьбы с вирусом гриппа и его осложнениями. В дальнейшем необходимо разрабатывать меры регулярной своевременной вакцинопрофилактики, привлекать внимание населения к этой проблеме, а также проводить организационные мероприятия, направленные на оповещение населения о необходимости вакцинации не только против вируса гриппа, но и других контагиозных заболеваний.

Асланова Э.О., 5-курс

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ ПРОТИВ ГРИППА ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

Научный руководитель: к.м.н. Ефимова С.В.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская Федерация

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения №1

В современных условиях грипп остается одной из важнейших проблем здравоохранения, приносящая экономический ущерб любому государству. Согласно данным ВОЗ вакцинация является единственной экономически целесообразной мерой борьбы с гриппом, помогающая контролировать первичную заболеваемость [1]. Эта высококонтагиозная инфекция, которой подвержены все возрастные группы населения в различных географических условиях. На протяжении длительного времени вакцинация демонстрирует свою исключительную эпидемиологическую и социальную эффективность [2].

Анализ эффективности вакцинопрофилактики проводится на примере ГБУЗ «ГКБ №5» г. Оренбурга за 2017 и 2018 годы.

Цель исследования: оценить эффективность вакцинопрофилактики взрослого населения от вируса гриппа на примере взрослой поликлиники ГБУЗ «ГКБ №5» г. Оренбурга.

Материалы и методы. Для проведения анализа использованы данные о количестве прикрепленного взрослого населения к ГБУЗ «ГКБ №5» г.Оренбурга и данные о количестве проведенной иммунизации от вируса гриппа за 2017 и 2018 год, зарегистрированные в «Журнале учета профилактических прививок – форма 064/у» и в «Журнале учета инфекционных заболеваний 060/у».

Результаты. Проведенное исследование показало, что в 2017г. в поликлинике была запланирована и проведена вакцинация от гриппа 20425 человек, что составило 100%. В 2018г. согласно плану, было привито 18256 чел., что также составило 100%. По данным формы 060/у («Журнал учета инфекционных заболеваний») в 2017 году было зарегистрировано 2 случая заболевания гриппом у лиц, не прошедших вакцинацию от данного заболевания, а в 2018 году случаев заболевания гриппом не было.

Выводы. Таким образом, установлено, что вакцинопрофилактика является эффективным методом борьбы с вирусом гриппа и его осложнениями. В дальнейшем необходимо разрабатывать меры регулярной своевременной вакцинопрофилактики, привлекать внимание населения к этой проблеме, а также проводить организационные мероприятия, направленные на оповещение населения о необходимости вакцинации не только против вируса гриппа, но и других контагиозных заболеваний.

Башбаева И.Б., 4-курс, Жангазиева А.С., 4-курс, Гусейнова А.С., 4-курс,
Бакирова А.И., 4-курс

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Научные руководители: к.м.н., доц., врач-хирург Файзулина Р.Р.^{1,2},
д.м.н., проф. Нузова О.Б.¹

Кафедры микробиологии, вирусологии, иммунологии

Кафедра факультетской хирургии

¹Оренбургский государственный медицинский университет

²Городская клиническая больница имени Н.И. Пирогова

Синдром диабетической стопы является отдаленным осложнением сахарного диабета. В настоящее время по всему миру идет «эпидемия» сахарного диабета. Несвоевременная диагностика и лечение осложнений сахарного диабета приводит к ухудшению условий жизни, а также может привести к летальному исходу.[4]

Цель. Определить микробный пейзаж отделяемого из ран у больных с нейроишемической формой диабетической стопы.

Материалы и методы. Всем пациентам с гнойно-некротическими процессами СДС под общим обезболиванием или местной анестезией производили радикальное удаление нежизнеспособных тканей, затем больным ежедневно выполнялись перевязки, во время которых после обработки кожи из раны удалялись рыхло лежащие гнойно-некротические массы [1]. При наложении ранних вторичных швов на рану пациентам основной и контрольных групп на несколько суток вводили резиновый выпускник или полихлорвиниловые трубки для оттока раневого отделяемого. Все больные после наложения швов получали антибиотики. Ранние вторичные швы накладывали при удовлетворительном общем состоянии пациента, нормализации температуры, состава периферической крови, гликемии, исчезновении отека и гиперемии вокруг раны, полного ее очищения от гнойно-некротических масс и появления сочных грануляций. Снимали швы на 10-12 сутки [2]. При резко выраженной декомпенсации диабета оперативное вмешательство откладывали, принимая необходимые меры по борьбе с ацидозом и гипергликемией. В послеоперационном периоде независимо от тяжести диабета назначался простой инсулин дробно, 4-6 раз в сутки, под контролем гликемического и глюкозурического профиля [3]. Пациенты получали местное и общее лечение, которое включало коррекцию углеводного обмена, антиоксиданты, антибиотики, иммунокорректирующую и дезинтоксикационную терапию, витамины, дезагреганты, антисклеротические препараты, спазмолитики, препараты, улучшающие микроциркуляцию, симптоматическое лечение. Антибактериальная терапия начиналась назначением антибиотиков широкого спектра действия. Смена антибактериальных препаратов проводилась по результатам бактериологических исследований флоры, ее чувствительности к антибиотикам [5].

Результаты. Бактериологическими исследованиями содержимого ран 31 больного, что перед началом лечения микрофлора высевалась из ран у всех больных, причем в 75,4% микробы выделены в монокультуре. Среди монокультур *St. aureus* встречался в 61% исследований, *Prot. mirabilis* в 18%, *Str. haemoliticus* в 8%, *Prot. vulgaris* в 8%, *Ps. aurogenosa* в 5%. Перед началом лечения микробные ассоциации высеяны из ран у 8 из 31 пациентов (24,6%). Они были представлены в 4 случаях ассоциацией золотистого стафилококка и вульгарного протей, в 2 случаях ассоциацией золотистого стафилококка и чудесного протей и в 2 – ассоциацией золотистого стафилококка и синегнойной палочки. Определение устойчивости 39 выделенных штаммов к антибиотикам перед началом лечения у больных показало, что 31 из них 79% устойчивы к 3 и более антибиотикам. К окончанию лечения микрофлора из ран не выделялась у 21 больного из 31 (68%) основной группы.

К концу лечения микробных ассоциаций у больных обнаружено не было.

У пациентов из 10 выделенных штаммов устойчивыми к 3 и более антибиотикам по окончанию терапии были 3 (30%).

Выводы. Меры по предупреждению резистентности микрофлоры должны включать выбор адекватной антибактериальной терапии. Микробиологический мониторинг у пациентов с нейроишемической формы диабетической стопы является основой для коррекции использования антибиотиков.

Список литературы

1. Липин, А.Н. Совершенствование диагностики и лечения больных с гнойно-некротическими формами синдрома диабетической стопы: автореф. дисс. ... докт. мед. наук / А.Н. Липин; С.-Петербург. Военно-медицинская акад. – С.-Пб., 2009. – 36с.
2. Синдром диабетической стопы в клинической практике /В.Н. Оболенский [и др.] // РМЖ. – 2010. – Т.18, №2. – С. 45-54.
3. Гнойно-некротические поражения нейроишемической формы синдрома диабетической стопы. Новые возможности комплексного хирургического лечения. В.А. Митиш, И.А. Ерошкин, А.В. Ерошенко [и др.]. Эндокринная хирургия. –2008.- №1.
4. Применение новых технологий в лечении синдрома диабетической стопы: клинический случай. О.В. Удовиченко Г.Р. Галстян И.А. Ерошкин А.А. Ефимов О.В. Носов Ю.Г. Васильев. Лечащий врач.- 2003.- №10.
5. International Consensus and Guidelines on the Diabetic Foot, December 15, 1997; May, 1999
6. Питер Дж. Уоткинс. Эндокринология. Сахарный диабет. 2006 – 134 стр.

Касымова С.Ш., 1-курс

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЛЯМБЛИОЗОВ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель: асс. Назаров С.Э.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.

Узбекистан

Лямблиоз наиболее широко встречающаяся у детей протозойная патология. По данным ВОЗ лямблиозом болеет около 15-20% детей в мире. В нашей Республике актуальность проблемы лямблиоза среди детей не вызывает сомнения. Возбудителем патогенным для человека и большинства млекопитающих считается в основном *Giardia lamblia*. Местом обитания лямблий в организме человека является тонкая кишка, где паразиты прикрепляются к щеточной кайме эпителия и тем самым могут способствовать развитию структурных и функциональных нарушений кишечника.

Проведенные эндоскопическое и морфологическое обследование детей с лямблиозом в возрасте от 3 до 17 лет в 100% случаев указывает на развитие структурных изменений слизистой оболочки тонкой кишки. В частности, в 12-перстной кишке, наблюдаются явления дуоденита (гиперемия, отек, сглаженность складок), чаще сопровождающийся лимфостазом (белесый налет на поверхности слизистой оболочки тонкой кишки, симптом «манной крупы»). Морфологически выраженные в форме хронического дуоденита, с признаками атрофии ворсин, с углублением крипт, практически во всех случаях имеется увеличение количества МЭЛ, плотная лимфоплазмочитарная инфильтрация с примесью нейтрофилов и эозинофилов. Патологические изменения при лямблиозе сопровождаются нарушениями функции двенадцатиперстной кишки, а также вторичной лактазной недостаточностью.

Лямблиоз всегда сопровождается вторичным нарушением микробиоценоза кишечника, в виде снижения нормальной лакто- и бифидофлоры, появления *E. coli* с измененными биохимическими свойствами, усиления роста различной условно-патогенной микрофлоры. Атрофия слизистой оболочки тонкой кишки, моторные нарушения кишечника, недостаточное поступление желчи объясняют вторичные нарушения кишечного биоценоза при лямблиозе.

Воспалительная реакция в слизистой оболочке тонкой кишки при лямблиозе у детей характеризуется неравномерным повышением уровня про- и противовоспалительных цитокинов. Преимущественное повышение последних свидетельствует о доминировании дифференцировки Т хелперов по Th2-типу. Такой тип реакций в целом характерен для паразитозов и аллергии. Преваляирование. Th2-ответа объясняет склонность больных к аллергическим реакциям, а также эозинофильную инфильтрацию слизистой оболочки тонкой кишки. Недостаточный провоспалительный Th1-ответ в сочетании со снижением уровня sIgA, способствует длительному хроническому течению лямблиоза.

Для всех клинических форм, как и фаз течения лямблиоза у детей, характерно сочетание типичного болевого и диспептического синдромов с астено-невротическими жалобами, а также появление или усиление на этом фоне аллергических реакций и эозинофилии. Необходимо отметить, что одним из специфичных симптомов при лямблиозе у детей является обнаружение

пигментации области пупка и белой линии живота. Для проведения диагностики лямблиоза наиболее информативными методами являются: метод копроскопии с окраской 1% раствором Люголя и ПЦР копрофильтрата.

Таким образом, анализ данных литературы показал, что лямблиоз – это часто регистрируемое и протекающее с осложнениями у детей паразитарное заболевание, которое легче предупредить, нежели лечить, повышая санитарную культуру населения.

Пахомов А.П., 3-курс

БЕТА-ТАЛАССЕМИЯ, ОСЛОЖНЕННАЯ ГЕМОСИДЕРОЗОМ, ЖКБ, ГИПОКСИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Научный руководитель: к.м.н., доц. Савельева Е.В.

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская
Федерация

Кафедра факультетской педиатрии, эндокринологии

Клиническое наблюдение. **Пациент Г.**, 16 лет. Находится на наблюдении у гематолога "ОДКБ" г.Оренбурга с декабря 2003 года по поводу Бета-талассемии.

Талассемия (ТС) относится к гетерогенной группе генетически обусловленных заболеваний, характеризующихся количественным нарушением синтеза глобиновых цепей, результатом чего является частичное или полное отсутствие продукции нормального гемоглобина с развитием хронической анемии.

Различают α , β , γ , δ типы талассемии, а также их сочетания. Выделяют следующие формы гомозиготной β талассемии: тяжелая, заканчивающаяся смертью больного в первые месяцы жизни; средней тяжести, при которой больные доживают до 6-9 лет; промежуточная – больные доживают до зрелого возраста. Частота заболевания составляет 1:100 000 населения. Актуальность работы обусловлена тем, что данное заболевание является орфанным, что требует настороженности врача-педиатра.

Материалы и методы: в ГБУЗ ОДКБ была проанализирована форма 112/у пациента с ТС. Цель исследования состоит в прослеживании динамики течения ТС у пациента и его лечения.

Пациент Г, 16 лет, из анамнеза жизни и заболевания: ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне анемии, токсикоза, 1 срочных физиологических родов. Генеалогический анамнез отягощен по ТС: у брата промежуточная форма Талассемии В. С 2004г наблюдается с диагнозом: Талассемия В, гомозиготная. ВПС: вторичный ДМПП. Диагноз талассемия был выставлен на основании:

В 2008 г выполнена спленэктомия. Ребенок трансфузионно-зависим, имеются множественные осложнения в виде гемосидероза легких, желчекаменной болезни, гипоксической энцефалопатии. Госпитализация на стационарное лечение 1 раз в 1-1,5 месяца для переливания эритромаcсы с

целью купирования анемии тяжелой степени.

По поводу сопутствующих заболеваний: Реактивный тромбоцитоз, гемосидероз, ЖКБ, гипоксическая энцефалопатия. Корригированный ВПС: пластика ДМПП (2008 г.). Миокардиодистрофия. Задержка физического и полового развития. Сахарный диабет 1 типа, субкомпенсация. Мочекаменная болезнь, конкременты обеих почек-пациент регулярно обследуется нефрологом, гастроэнтерологом, эндокринологом.

Выводы. В настоящее время радикальной терапией клинически значимых форм талассемии считается трансплантация гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК), источником которых может быть костный мозг, периферическая кровь и пуповинная кровь. В связи с крайне высоким риском гибели пациента и наличия осложнений- данное лечение не показано.

Чаткалбаева Ш., 5-курс

ОЦЕНКА УРОВНЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Научный руководитель: к.м.н., доц. Ырысова М.Б.

КГМА им. И.К. Ахунбаева, Кыргызстан

Кафедра общей и клинической эпидемиологии

Цель. Выявление региональных закономерностей формирования уровня, структуры и оценить динамику многолетней тенденции заболеваемости цереброваскулярными заболеваниями (ЦВЗ) среди различных групп населения Кыргызской Республики (КР).

Материалы и методы. Основным источником информации для проведения оценки уровня заболеваемости населения ЦВЗ служили данные РМИЦ МЗ КР. С целью возможности сравнения рассчитаны относительные показатели на 100 000 населения соответствующего отрезка времени и возраста (дети до 14 лет, взрослые и подростки). Было проведено ретроспективное эпидемиологическое исследование распространенности и заболеваемости ЦВЗ в многолетней динамике за 2002-2017 годы с расчетом темпа прироста (снижения) с использованием метода наименьших квадратов для выравнивания динамического ряда, также проведен сравнительный анализ показателей заболеваемости в возрастных группах и в разрезе девяти административно-территориальных единиц КР, с расчетом среднемноголетнего уровня (СМУ) заболеваемости.

Результаты. Установлено, что в целом по республике уровень распространенности ЦВЗ у взрослого населения в многолетней динамике в различные годы составляет от 616,6 до 932,9 случаев на 100 000 населения, при СМУ- 794,3. Отмечается умеренная тенденция к росту заболеваемости (темп прироста по отношению к 2002 году составил 1,3%, при получении данных темпа прироста/снижения в пределах от $\pm 1,1\%$ до $\pm 5,0\%$ тенденция оценивается как умеренная). Уровень заболеваемости (число впервые зарегистрированных случаев) колеблется от 136,4 до 252,7 на 100 000 населения, при СМУ 185,1. В

многолетней динамике уровень впервые зарегистрированных случаев ЦВЗ имеет умеренную тенденцию к снижению (темп снижения по отношению к 2002 году составил -2,4%). Из трех видов инсультов определяющих уровень ЦВЗ наибольший удельный вес имеет ишемический инсульт (60,8%), затем геморрагический (25,5%) и далее неуточненные инсульты (13,7%). Наблюдается выраженная тенденция к снижению уровня ишемическим инсультом (темп снижения -6,5%), а СМУ 102,0. Геморрагические инсульты имеют темп снижения в 6,3% и СМУ 42,7. Неуточненные инсульты имеют выраженную тенденцию к росту (темп прироста - 10,3%), СМУ 23,0.

Ранжирование административных территорий КР по СМУ ЦВЗ среди взрослых и подростков позволяет отнести к рангу “с высоким уровнем заболеваемости” г.Бишкек (3127,8 случаев на 100 тысяч населения), Чуйскую (698,1) и Нарынскую (415,0) области. Наиболее неблагоприятная ситуация по ЦВЗ среди детей прослеживается в Ошской (20,9 на 100 тысяч детей), Нарынской (5,0), Чуйской (4,9) областях и в г.Ош (5,4).

Выводы. За период с 2002 по 2017 гг. отмечается умеренная тенденция к росту заболеваемости ЦВЗ (темп прироста-1,3%). Из инсультов определяющих уровень ЦВЗ наибольший удельный вес имеет ишемический инсульт (60,8%). Также наблюдается выраженная тенденция к росту заболеваемости неуточненными инсультами в многолетней динамике (темп прироста - 10,3%), СМУ 23,0. Отмечается выраженная тенденция к росту ЦВЗ среди детей (темп прироста составил 47%). Также выявлены территории риска по отношению заболеваемости ЦВЗ взрослого населения и подростков: г.Бишкек (3127,8 случаев на 100 тысяч населения), Чуйскую (698,1) и Нарынскую (415,0) области. Наиболее неблагоприятная ситуация по ЦВЗ среди детского населения прослеживается в Ошской (20,9 на 100 тысяч детей), Нарынской (5,0), Чуйской (4,9) областях и в г.Ош (5,4).

Гончарова В.А., асс., к.ф.н.

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА: ПРИЧИНЫ, ФАЗЫ И ПОСЛЕДСТВИЯ

Оренбургский государственный медицинский университет. Российская

Федерация

Кафедра судебной медицины и правооказания

Любая профессиональная деятельность накладывает негативный отпечаток на эмоциональную составляющую жизни человека. К сожалению, профессиональная деятельность врача не является исключением. Ежедневные стрессовые ситуации вызывают чувство опустошенности, усталости, безнадежности, приводят к эмоциональным срывам, профессиональной и личностной деформации. Большинство врачей не могут самостоятельно справиться со стрессом, что может стать причиной развития синдрома эмоционального выгорания (далее - СЭВ), который зачастую вредит работе врача, его общению с пациентами и коллегами. СЭВ опасен не только тем, что он постепенно разрушает структуру личности, но и приводит к профессиональной дезадаптации, крушению функциональных профессиональных отношений, профессиональной деградации, нарушению отношений внутри трудового коллектива, ухудшению качества оказания медицинской помощи.

Цель исследования. Рассмотреть причины, фазы и последствия СЭВ во врачебной деятельности.

Материал и методы. Исследование подготовлено на основе анализа научной литературы по проблеме СЭВ врачей различных специальностей. По мере необходимости использовались методы системного, диалектического, сравнительного анализов.

Результаты. Профессиональная деятельность врача насыщена, непрерывно связана с ежедневным интенсивным эмоциональным взаимодействием с пациентами, монотонной работой, требующей активного участия в разрешении проблем других людей, что, несомненно, отражается на состоянии врача. СЭВ является устойчивое ощущение физического, умственного и эмоционального изнурения, которое сопровождается развитием отрицательной самооценки, неадекватного критического отношения к работе, потерей эмпатии в отношениях с пациентами.

В научной литературе выделены определенные причины возникновения этого недуга. Одни авторы выявляют источник формирования риска возникновения данного недуга в отрицательном влиянии современного общества, его ритма жизни и т.д. А именно, необходимость постоянного интенсивного общения с социумом, неизбежность оказания профессиональной медицинской помощи в условиях стрессовых ситуаций, ускоренный ритм

современности и контроль действий на работе [3]. Другие же приводят классификацию причин возникновения СЭВ, основанную на двух ведущих признаках - внутренний и внешний факторы. Соответственно, источниками могут быть как особенности личностного развития человека, его стрессоустойчивость, способность к быстрой адаптации, контролю ситуации, так и специфика организации производственной деятельности [1].

В.В. Бойко выделяет три основные фазы синдрома: напряжение (переживание от психотравмирующих ситуаций, отрицание себя, своих мыслей и поступков, чувство «загнанности в клетку»), резистенция (неадекватная реакция на некоторые обстоятельства, потеря эмоциональной и нравственной опоры, ослабление чувства ответственности за соблюдение профессиональных обязанностей) и истощение (эмоциональный дефицит, отстраненность, дисфункция психосоматических и психовегетативных процессов [2]. Последствия СЭВ деструктивны по своему содержанию. В результате произошедшей деформации личности медицинский работник становится крайне агрессивным, циничным и равнодушным к своей работе. Профессиональная деятельность не приносит ему удовлетворения, отсутствует инициатива в разрешении проблемных ситуаций, будничная работа становится невыносимой рутинной. Такое депрессивное состояние может длиться годами.

Выводы. Медицинские работники в своей профессиональной деятельности чаще всего соприкасаются с проблемой эмоционального выгорания. Причинами возникновения этого могут быть особенности личностного развития человека, частые стрессы на работе, ускоренный ритм жизни и т.п. Своевременная диагностика поможет предотвратить возникновение негативных факторов, влияющих на формирование СЭВ, выявить недуг на ранних его сроках. Мониторинг «здоровья» врача крайне важен, поскольку от качества выполняемых им обязанностей прямопропорционально зависит и качество, оказанной им медицинской помощи.

Список литературы:

1. Боева, А.В. Синдром эмоционального выгорания у врачей-психиатров / А.В. Боева, В.А. Руженков, У.С. Москвитина // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. - 2016. - Выпуск 22. - №11 (154). – С. 6-12.
2. Бойко, В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении / В.В. Бойко. – СПб.: Сударыня, 1999. – 28 с.
3. Огнерубов, Н.А. Синдром эмоционального выгорания у врачей-терапевтов / Н.А. Огнерубов, М.А. Огнерубова // Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки. - 2015. - Т. 20. - № 2. - С. 307-318.

Дадабаева Р.К., Нуриддинова Ф.М., Мирзабекова О.А.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ В СИСТЕМЕ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО

ОБРАЗОВАНИЯ В УЗБЕКИСТАНЕ: ОПЫТ ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Ташкентской медицинской академии. Узбекистан

Кафедра переподготовки и повышения квалификации врачей общей практики

В настоящее время, в Республике Узбекистан постдипломное образование по специальности «Врач общей практики» (ВОП) - это переподготовка ВОП (10-месячная программа) и непрерывное медицинское образование (НПО) (повышение квалификации – 144 ч., 72 ч., 36 ч., 18 ч.)

С 2000 по 2013 год в двух высших медицинских учебных заведениях (ВУЗах) - в Ташкентской медицинской академии (ТМА) и Ташкентском педиатрическом медицинском институте (ТашПМИ) существовала 3-хлетняя программа магистратуры по специальности «Семейная медицина» с получением диплома «Магистр семейной медицины».

Концепция по развитию системы непрерывного профессионального образования медицинских работников первичного звена здравоохранения (ПЗЗ) была утверждена в 2006 году, целью которой было создание методологической основы для системы НПО медицинских работников ПЗЗ и повышение качества медицинской помощи в сельских и городских семейных поликлиниках.

В Ташкентской медицинской академии работа по повышению квалификации (ПК) практикующих врачей началась с создания кафедры переподготовки и повышения квалификации врачей общей практики в 2015 году.

Прежде чем начать работу по ПК, было проведено анкетирование 500 врачей ПЗЗ г.Ташкента с целью изучения потребности получения дополнительных знаний по определенным циклам. Полученные результаты были следующими: из 500 врачей изъявили желание повысить свои знания по заболеваниям дыхательной системы 214 (42,8%), сердечно-сосудистой системы – 423 (84,6%), желудочно-кишечного тракта – 190 (38%), мочевыделительной системы – 132 (26,4%), мышечно-суставной системы – 235 (47%) человек. А также в опроснике отметили цикл по основам ЭКГ 312, аритмии – 251, педиатрии -235, и неотложным состояниям - 210 человек.

Учитывая вышеуказанные результаты опросника, нами был составлен учебно-тематический план, объем которого содержит циклы с следующим соотношении: заболевания сердечно-сосудистой системы – 18,2%, дыхательной системы – 13,6%, желудочно-кишечного тракта – 13,6%, мышечно-суставной системы – 13,6%, мочевыделительной системы – 9%. Это составило 68% общего объема учебного плана. Остальные 32% составили педиатрия, иммунопрофилактика, психиатрия, неврология, а также заболевания глаз и ЛОР-органов.

Выводы:

1. Проведенное нами анкетирование указывает на наибольшую потребность в улучшении своих знаний врачей амбулаторного звена г. Ташкента в терапевтических направлениях (от 26,4% до 84,6%).

2. При составлении учебно-тематического плана по тематическому повышению квалификации врачей первичного звена здравоохранения, необходимо учитывать потребность их в конкретных направлениях медицины.

Сафаров Н.Б., Ирисметов М.Э., Шамшиметов Д.Ф., Ражабов К.Н.

НОВЫЙ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРИТОВ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии г. Ташкент. Узбекистан

Последние десятилетия характеризуются внедрением артроскопических методов в хирургию коленного сустава, что значительно расширило возможности диагностики и лечения остеоартрита более современными методами.

Цель. Улучшить результаты артроскопического лечения пациентов с остеоартритом коленного сустава, путем внедрения комплексного клиничко-диагностического алгоритма.

Материалы и методы. Исследование проведено на основе данных 218 пациентов клиники отделения спортивной травматологии РСНПМЦ Травматологии и Ортопедии в 2014–2018 годах с остеоартритами коленного сустава различной степени (от 0 до IV степени) по классификации Kellgren и Lawrence. На основании клинических жалоб, гониометрического, рентгенологического, МРТ, рентген денситометрического анализа разработан клиничко-диагностический алгоритм при лечении ОА коленного сустава и нами рекомендуется 5 видов артроскопических операций в зависимости от тяжести морфологических изменений. Первый вид операции-локальный дебридмент с менискэктомией был проведен у 35 (16%) больных, второй вид операции - локальный дебридмент с субхондральной туннелизацией был проведен у 41 (18,8%) больных, третий вид операции - частичный дебридмент стандартной субхондральной туннелизацией был проведен у 58 (26,6%) больных, четвертый вид операции полный дебридмент с стандартной субхондральной туннелизацией - у 53 (25,2%) больных, пятый вид операции полный дебридмент с глубокой субхондральной туннелизацией у 31 (13,4%) больного.

Результаты лечения изучены в ближайшем (от 3 до 6 месяцев) и отдаленном (от 6 месяцев до 1 года) послеоперационным периодах. В послеоперационном периоде пациентам рекомендованы медикаменты, ранняя реабилитация и физиотерапия. По нашим данным, в 96,5% случаев положительные эффекты.

Выводы. Артроскопическое лечение с использованием клиничко-диагностического алгоритма позволяет повысить долю хороших результатов, активировать больных и начать ранних реабилитационных мероприятий в

послеоперационном периоде. Рекомендуемые операции позволяют решать одновременно несколько задач, в том числе, улучшить питание и ремоделирование хрящевой ткани и уменьшает давление в субхондральной зоне, повышает плотность костных тканей, улучшает артро-кинматику надколеннико-бедренного и бедренно-большеберцового суставов, нормализует регуляции образования синовиальной жидкости.

Adizova N., 6-course

CONDITION OF RIGHT DISEASES OF THE HEART AND PULMONARY HYPERTENSION IN PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA, COMPLEX TREATMENT EFFECTS

Scientific adviser: Tilloeva Sh.Sh.

Bukhara state medical institute named after Abu Ali ibn Sino. Uzbekistan

Department of internal medicine and endocrinology

Purpose of the study. To study the state of endothelial function of peripheral vessels and central hemodynamics in patients with bronchial asthma (BA) complicated by pulmonary hypertension (PH), and to evaluate the effect on the above-mentioned indicators of complex therapy.

Materials and methods. 18 patients with bronchial asthma (group 1) and 14 patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) (group 2) complicated by pulmonary hypertension were examined. All patients had pulmonary hypertension (pulmonary arterial pressure $cf. > 25$ mmHg). For 10 days, patients received nebivolol tablets at a dose of 2.5-5 mg per day as part of standard therapy (GOLD 2006, GINA 2011) and bischofite electrophoresis (EB). A doppler echocardiographic study of the patients' hearts was carried out according to the method of Hatle L., Angelsen B. (1985).

Results and discussion. Before treatment, a significant dysfunction of the endothelium was revealed, which is expressed in enhancing the overall synthesis of CmNO. In patients of the 2nd group compared to the 1st group, such overproduction was less by 14%. When determining indicators of central hemodynamics, signs of deterioration of the right ventricular diastolic function and a decrease in the ratio of early and late filling were recorded. Also, all patients in both groups showed an increase in the average pressure in the pulmonary artery, significantly higher in patients of group 1.

The study confirmed the vasodilating effect of bischofite and nebivalol, which was manifested by a decrease in pulmonary arterial pressure and an improvement in the diastolic function of the pancreas of the heart, in groups 1 and 2, respectively, 1.5 and 1.05 times ($p < 0.05$).

With repeated Doppler echocardiography, there is a decrease in the degree of systolic pressure in the pulmonary artery in both the 1st group by 8.3% and in the 2nd group by 7.8% and the ratio of early and late filling of the right ventricle of the heart increases by 1.09 and 1.07 times ($p < 0.05$). There was also a trend towards improvement in the parameters of the systolic and diastolic functions of the right ventricle in both groups. Thus, the fraction of atrial filling and the time of isovolumic relaxation decreased, respectively, by 11.2 and 5.1% in the 1st group, by 9.3 and 4.3% in the 2nd group.

Akiev A., 5-course

CHARACTERISTICS OF CLINICO-ECHOGRAPHIC MANIFESTATIONS OF BILIARY SLUDGE IN WOMEN WITH ACCEPTANCE OF ORAL CONTRACEPTIVES

Scientific adviser: Jalolova V.Z.

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino. Uzbekistan
Department of pharmacology and clinical pharmacology

Long-term use of hormonal drugs may be accompanied by a violation of cholesterol homeostasis with the subsequent development of hyper saturation of bile. Following this, an imbalance occurs in the dynamic equilibrium of indicators of solubilants (cholesterol) and solubilizes (bile acids, phospholipids), which is the starting point in the processes of nucleation and precipitation of cholesterol monohydrate crystals. Thus, the complex process of formation of various pathological formations in the bile, which is biliary sludge (BS), is launched. With the formation of the micellar theory of cholesterol lithogenesis and the introduction of modern ultrasound equipment into clinical practice, there appeared a real possibility of identifying the products of the early stage of stone formation in the form of BS.

Purpose. To establish the features of manifestations of clinical and echographic signs of BS in individuals taking oral contraceptives.

Materials and methods. For the implementation of the tasks, the results of clinical and echographic studies of 48 women, aged 18 to 50 years, were analyzed, which were divided into 2 groups, representative of the average age, BMI (Quetelet index), the number of births and the duration of intervals between them and so on. The first group included data from a clinical and echographic study of 25 women taking microlut (levonorgestral) tablets in tablets with a daily dose of 0.03 mg. Representatives of this observation group took the microlute once a day at bedtime, at the same time, according to the regulations, for 35 days without a break. The duration of treatment was from 3 to 6 months. The second control group consisted of the results of clinical and ultrasonographic studies of 23 women who in the past had no episodes of taking any type of contraceptives. The diagnosis of BS was verified using transabdominal ultrasonography on a WED - 9618C (PRC) apparatus.

Results. According to the obtained results, which are of a certain scientific interest, 18 of the total number of 25 women who took oral contraceptives showed clinical and echographic signs of BS, which accounted for more than 70% of the individuals in this group of observation. The clinical signs of BS manifested in them in the form of "right hypochondrium" syndrome, in the form of moderate periodic pain of dull nature in the right hypochondrium and abdominal distention. Both signs most often made themselves felt after taking high-calorie foods. Ultrasonographic symptoms included echo-positive inclusions in the form of hyperechoic suspensions of round, oval or longitudinal shape without acoustic shadow.

At the same time, out of the total number of 23 women in the control group, only 5 (21%) showed clinical and echographic signs of BS without any typical complaints for the pathology of the biliary tract.

Conclusion. The results obtained suggest the existence of an obvious link between taking oral contraceptives and the process of violation of the chemistry of bile with the subsequent formation of early substrates of cholesterol lithogenesis in the form of BS.

Alshebli Ali Fuad Hadi, Julius Owusu Ansah, Maala Karrar Hayder Kareem

THE EVALUATION OF THE EFFECT OF HUMAN REACTION TIME ON RESULTS OF VISCOSITY DETERMINATION USING STOKES' METHOD

Scientific supervisor: cand. ped.sc. ass. Prof. Kovrizhnykh D.V.

Volgograd State Medical University. Russia

Physics Department

Introduction. In determining the viscosity of the liquid using Stokes' method the measurement of time of the glass ball uniform motion in the investigated solution is carried out. At the same time, we noticed that different students get different results of viscosity of the same liquid, in addition, each student also does not recur the results. That is apparently we deal with a random distribution of the measured value. In this regard, we are interested in the question of finding a factor that affects the results of measurements. Since by all accounts the value of time of a glass ball uniform motion is the only quantity which is measured with not certain error in such experiment, we investigated a question of possible interconnection of human reaction time and the result of the determination of the physical quantity.

Purpose and objectives. The aim of this work is to study the effect of human reaction time on the accuracy of measurements of physical quantities indirectly related to the measurement of time on the example of the viscosity of glycerin solution. To achieve this goal, we have identified the following tasks: 1) measurement of the reaction time of researchers; 2) measurement of the viscosity of the test liquid; 3) the analysis of the received data.

Materials and methods. Six foreign students of the Volgograd State Medical University took part in our experiment. We used previously measured values of students' reaction time in the group of researchers (Rawat Arushi, Subhash Laxmappa and Sinam Miranda, 2019), then we conducted the exploration of the influence of human reaction time on the results of viscosity measurement of a liquid by Stokes' method. All measurements were carried out with one glycerin solution at a constant temperature and pressure. The diameters of the glass balls were measured using a micrometer with an accuracy of ± 0.01 mm, the time of movement of the ball in the glycerin solution was measured using an electronic stopwatch (hereinafter these values of time we will call "experimental"), and a video recordings were made, using which we determined the exact values of time of glass balls movement (hereinafter these values of time we will call "true"). Then calculations of the "experimental" values of the viscosity of the glycerin solution were made, as well as

the viscosity coefficients obtained from the time values from the videos, which we will call “true”.

Results and discussion. To determine the reaction time of a person, each student carried out 20-25 measurements, that is, a total of 140 reaction time measurements were carried out in this research group. The method of measuring reaction time is described in the report "The measurement of reaction time of first-year VolgSMU students" (Rawat Arushi, Subhash Laxmappa and Sinam Miranda, 2019). Measurement of the viscosity of the glycerin solution was carried out by each student five times, that is, a total of 30 measurements of the viscosity of one glycerin solution were carried out in the group that took part in the experiment by measuring the time of movement of the glass ball manually and at the same time by video recording. As a result, it was found that in the group of experimental students the measured reaction time varies from 0.11 s to 0.24 s, which on average for students ranged from 0.161 s to 0.178 s with an sampling average equal to 0.169 s. The difference between the “experimental” and “true” values of the measured time ranges from 0.1 s to 1.9 s (an average of 0.7 s), which is a percentage of the value of the measured time from 0.4% to 26% (an average of 10.8%). The data obtained indicate the importance of the problem we study.

Since it may be interesting how much reaction time influences on the error of measurement of time, we calculated the ratio of absolute error of time measurement to the average reaction time of the researcher as a percentage, which varies from 19% to 1069% (the average ratio of the absolute error to the average reaction of students varies from 151% to 788%, the sampling average is 412%). These figures can be partially explained by the fact that the reaction time affects the measurement result twice – the first time when the researcher turns the stopwatch on and the second time when he turns it off. Nevertheless, these results are not obvious and thus unfairly deprived of attention at the organization and processing of results of physical experiment by medical students.

Next, we assessed the presence of relationships between the various characteristics of the carried out experiment and found that the correlation coefficient of the mean reaction time of the student and the absolute error of the coefficient of dynamic viscosity amounted to 0.73, which indicates that there was a significant effect of student reaction time on the result of the indirect measurement of a physical quantity. In addition, the correlation coefficient of the experimental viscosity and the absolute time measurement error is 0.64 (for a relative error it is 0.63), which also confirms the influence of the researcher reaction time on the measurement result.

In this case, we have obtained results that cause some interest, but can not yet get a clear explanation – for example, the correlation coefficient of the average reaction time of the student and the experimental value of the viscosity of the glycerol solution is 0.78, which may be explained by the fact that a greater value of the reaction time of the researcher can lead to a greater measurement error and ultimately to a greater value of the physical quantity. It is also established that the correlation coefficient of the average and minimum values of the reaction time of the student is 0.93, and the average and maximum reaction time is -0.02. In other words,

it follows from the data obtained that the smallest value of the reaction time of the researcher is in a noticeable relationship with the average value of the reaction time of the student, while the maximum reaction time has virtually no effect on the average reaction rate.

Summary. Our study of the effect of the researcher reaction time on the result of indirect measurement of the physical quantity confirmed the existence of the relationship between them on the example of measuring the viscosity of the glycerin solution by Stokes method. Nevertheless, although there is a significant relationship between the reaction time and the result, there are many reasons to suppose that the relationship is quite complicated, because the researcher reaction time is a somehow distributed value.

Amr S. Elbahnasawy^{1,2}, E.R. Valeeva¹, Eman M. El-Sayed² and N.V. Stepanova¹

PREVENTING GLUCOCORTICOID-INDUCED OSTEOPOROSIS BY FISH OIL SUPPLEMENTATION

¹ Department of Bioecology, Hygiene and public health, Institute of Fundamental Medicine and Biology, Kazan Federal University, Kazan, Russia

² Department of Nutrition and Food Sciences, National Research Centre, Dokki, Giza, Egypt

Osteoporosis is recognized by decreased bone density and deterioration in bone structure, causing a decrease in bone strength and an increase in bone fragility and fracture problems [1]. Glucocorticoids are used in the treatment of many diseases for decades, to suppress tissue inflammation and immunological reactions. Glucocorticoids suppress bone formation, increase bone resorption and cause negative calcium balance and high risk of fractures and leads to glucocorticoid-induced osteoporosis [2]. Following initiation of oral glucocorticoids, rapid bone loss occurs, and fracture risk increases [3]. Therefore, nutritional strategies that prevent glucocorticoid-Induced osteoporosis and improve the quality of life for the glucocorticoid-treated individuals are urgently needed and should be considered as an alternative first-line option for high-risk patients. Polyunsaturated fatty acids (PUFAs) has been reported to have a vital role in bone metabolism. Therefore, the main purpose of the present study was to evaluate the role of fish oil in preventing bone loss and osteoporosis in glucocorticoid-treated rats.

Methods. The fatty acids profile of fish oil was analyzed, male rats were fed balanced diet and subdivided into 3 groups, I – normal control, was fed only balanced diet; II – prednisolone control, administrated prednisolone (10 mg/kg po daily); III – fish oil (F), administrated prednisolone (10 mg/kg po daily) + fish oil (7% w/w). Some biochemical markers of bone metabolism, oxidative stress, inflammation status were determined in blood along with plasma calcium (Ca), phosphorus (P) and magnesium (Mg). Bone mineral density (BMD), mass, length as well as histopathological examination of femurs were evaluated.

Results: Fatty Acid analyses showed that fish oil contained high levels of long chain ω -3 PUFAs, eicosapentaenoic acid (EPA) and docosahexaenoic acid (DHA).

The current data exhibited significant depletion in BMD and mass of femur in prednisolone control compared to normal control, accompanied with marked decrease in levels of plasma Ca, P and and 1,25-(OH)₂-vitamin D₃. Furthermore, elevated levels of parathyroid hormone (PTH), C-terminal telopeptide (CTX), tumor necrosis factor-alpha (TNF- α) and malondialdehyde (MDA) were seen. Supplementation with fish oil helped to improve calcium levels in plasma, and suppress oxidative stress and of inflammatory markers. Additionally, reduced bone resorption as reflected from the decreased levels of CTX, and showed significant improvement in bone mineral density and normal histological results of bone cells compared to normal control.

Conclusion. The management of osteoporosis remains a considerable problem. Therefore, preventing bone loss is an important demand nowadays. The present data indicated that feeding oil rich in PUFA such as Fish oil was able to modulate the potential effect of prednisolone in bon loss in rats. This may occur through some intracellular pathways, involving the improvement of calcium absorption, regulation of bone metabolism and the differentiation of the osteoblast and osteoclast, suppression of oxidative stress and modulation of inflammatory response. Thus, fish oil could be used as a natural approach to help in preventing bone loss associated with glucocorticoid therapy, and this provides an interesting prospect for future research.

References

1. Jeremiah MP, Unwin BK, Greenawald MH, et al. Diagnosis and management of osteoporosis. *Am Fam Physician*. 2015;92(4):261–268.
2. Wang T, Yu X and He C 2019. Pro-inflammatory Cytokines: Cellular and Molecular Drug Targets for Glucocorticoid-induced-osteoporosis via Osteocyte. *Curr Drug Targets*. 2019;20(1):1-15.
3. Compston J, Glucocorticoid-induced osteoporosis: an update. *Endocrine*. 2018; 61(1):7-16.

Azamov B., 6-course

EFFECTS OF THE CYTOKINES IN THE DEVELOPMENT OF MYOMA OF THE UTERUS IN REPRODUCTIVE AGE OF FEMALES

Scientific director: Narzulloeva N.S.

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino. Uzbekistan

Department of obstetrics and gynecology

Myoma of the uterus encounters between 25 and 30% of women over 35 years of age, but in recent years, the illness also meets in youth. The study of a new substance of the pathogenesis of myoma of the uterus helps predict the disease. It provides a comprehensive assessment of the risk factors leading to the development of symptoms and improves the pathogenic treatment. It reduces the frequency of clinical manifestations of myoma. This group will later help reduce the need for surgical treatment of patients gives.

Purpose. Examine the level before plasma inflammatory cytokines depending on the size of the tumor in women with myoma of the uterus.

Investigative material. We took 77 women which is living in Bukhara region, of which 50 were women of reproductive age with myoma of the uterus and 20 healthy fertile age women in the control group.

Examination methods. Clinical: Complex examination of patients with myoma of the uterus at the reproductive age. Laboratory analysis: general blood test, hormone detection in blood plasma. Clinical - functional: USB pelvic organs. Immunological: status of cytokines methods of IFA, anamnesis of statistical age.

The results of the investigation. According to the analysis, a significant increase in the levels of IL-6, IL-8, IL-10, IL-18, IFN γ and TNF α , which belong to the patients with uterine fibroids was detected. The proportion of patients with serum TNF α is proportional to the size of the uterus. Besides, in patients under 8 weeks of uterine fibers IFN γ levels were significantly higher in patients with uterine size above 8 weeks. The IL-10 content was significantly higher in patients with adenomyosis, rapid and slow growth of uterine fibroids, as well as in normal and reproductive cancer. Compared to multicellular and control groups, IL-6 levels increased in blood and serum levels in patients with miomatous nodules. In addition, The intramural and low level localization of the nodes was characterized by high levels of IL-6 serum. In patients without adenomyosis, IL-6 levels were significantly higher than in the comparative group, in that, constant size of a small amount of IFN γ in patients with uterine fibroids associated with the reverse connection which is the size of the tumor.

Conclusion. Consequently as far as is known, an increase in the size of mioma nodes is associated with an increase in immune disbalance (IL-6, IL-8, IL-18, TNF α), an increase in inflammatory cytokines, resulting in changes in IL-4 levels, which can be evaluated in the step of uterine myoma pathogenesis. Deficiency IL - 4 IL - 8 and IL - 18 of women`s blood plasma can predict disease progression and can be used as markers in tumor growth

Barbora Kolosova, 4-th year student First Faculty of Medicine, Charles University.
Czech Republic

Diana Toleubekova -3rd year student of the Faculty of General Medicine Karaganda
Medical University (KMU), Kazakhstan

Meruert Sarina- Secondary School "Murager" Karaganda, Kazakhstan

**STAPHYLOCOCCUS AUREUS NASAL CARRIAGE OF THE STUDENTS
KARAGANDA MEDICAL UNIVERSITY (KMU) AND TEENAGERS OF
SECONDARY SCHOOL**

Supervisor: associate professor G.A. Abdulina

Clinical Immunology, Allergology and Microbiology Department, KMU,
Kazakhstan

Studies show that in developed countries, among all known infections, one of the most famous and "common" bacteria. Many *S. aureus* toxins damage biological membranes, leading to cell death [1]. It is difficult to indicate the organ or tissue that

this microbe did not damage. Due to patient-and procedure-related changes, Coagulase-negative staphylococci (CoNS) now represent one of the major nosocomial pathogens, with *S. epidermidis* and *S. haemolyticus* being the most significant species [2]. Nasal *Staphylococcus aureus* carriage, affecting about 20% of the population (Sivaraman K at all, 2011) has been identified as a risk factor for the community-acquired and nosocomial infections [3]. The factors that determine carrier or non-carrier status are largely unknown. Various epithelial and mucous host factors, like biofilm formation properties, have been shown to mediate the binding of *S. aureus*. Various bacteria, including *Staphylococcus epidermidis*, are capable of reducing nasal ciliary activity in vitro. Improved adhesion and diminished mucociliary clearance could explain the retention of *S. aureus* within the nasal passageways but not its ability to grow to a high density in this normally non permissive environment [4].

This thesis aim to give an overview of the prevalence of nasal carriage of *S. aureus* and their biological properties isolated from the students KMU and teenagers of the secondary school.

Materials and methods. 20 students of the 2-nd years of studying of KMU and 20 teenagers of secondary school were investigated. Samples of nasal flora were cultured on blood and mannitol salt agar. Coagulase and protein A testing allowed us to differentiate *S. aureus* from other species. *S. aureus* was also confirmed by MALDI-TOF mass spectrometry. Staphy-test used to identify of the coagulase-negative staphylococci (CoNS). Antibiotic sensitivity was determined by Kirby-Bauer test to the following antibiotics: penicillin G, azithromycin, clindamycin, fusidic acid, gentamycin, tetracycline, ciprofloxacin and ceftioxin. The ceftioxin disc was used to detect methicillin-resistant staphylococci

Results and discussion. In general, out of 20 students, 5 (25%) *S. aureus* nasal carriage. The carriage state of *S. aureus* in teenagers of secondary school 8 (38,1%). Among coagulase-negative staphylococci (CoNS) prevalence of *S.epidermidis* was noticed in teenagers of secondary school 8 (38,1%) equal to *S. aureus*. *S.epidermidis* was isolated only from 2 (10%) students of the KMU.

S. haemolyticus prevailed among students of KMU -10 (50%) in comparison with students of secondary school – 3(14,28%). *S. saprophyticus* in both groups was approximately equal to 2(9,5%) for teenagers of secondary school and 3 (15%) for students KMU.

Antibiotic sensitivity was determined in 13 strains of *S. aureus*. Methicillin-resistant *S. aureus* were not determined. 10 (76,92%) strains of *S. aureus* resistant to penicillin, 3 (23,08%) strains to gentamycin, 2 (15,38%) strains to tetracycline. Resistance of the *S. aureus* to azithromycin, clindamycin, fusidic acid, ciprofloxacin was not documented. *S. aureus* with multiple antibiotic resistance were not isolated in both groups.

Medical personnel and students are examined for the carriage of *Staphylococcus aureus*. However, no one pays attention to coagulase-negative staphylococci. Despite the fact that they are the causative agents of nosocomial infections and are listed as pathogens of medical equipment. It should be noted that

coagulase-negative staphylococci can also play a key role in the spread and formation of antibiotic-resistant strains.

Conclusion. Carrier of *S. aureus* varied between 25% in students KMU and 38,1% in teenagers of secondary school. The proportion of coagulase-negative staphylococci was 75% and 61,9%, respectively.

Among the coagulase-negative staphylococci, *S. hemolyticus* was predominant in students KMU. *S. epidermidis* prevailed in teenagers of secondary school. Resistance *S. aureus* to antibiotics varied within 0-76, 92%. Methicillin-resistant *S. aureus* were not isolated in both groups of students.

References

1. Otto M. Staphylococcus aureus toxins. *Curr Opin Microbiol.* 2013;17:32–37. doi:10.1016/j.mib.2013.11.004
2. Karsten Becker, Christine Heilmann, Georg Peters Coagulase-Negative Staphylococci *Reviews* 2014 Oct; 27(4): 870-926.
3. Sivaraman K, Venkataraman N, Cole AM. Staphylococcus aureus nasal carriage and its contributing factors. *Future Microbiol.* 2009;4(8):999–1008. doi:10.2217/fmb.09.79
4. Beule AG. Physiology and pathophysiology of respiratory mucosa of the nose and the paranasal sinuses. *GMS Curr Top Otorhinolaryngol Head Neck Surg.* 2011;9: Doc07. doi:10.3205/cto000071

Djumayev M.M., 4-course

AUSCULTATED HEART RATE ACCELERATIONS

Scientific director: Khotamova M.T.

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino. Uzbekistan

Department of obstetrics and gynecology

Purpose of the study. Evaluation of auscultated fetal heart rate accelerations.

Methods of examination. 100 women were examined at a gestational age of 28-43 weeks. After conducting a non-stress test for 6 minutes, the heartbeat of the fetus was listened. In the absence of spontaneous accelerations, vibroacoustic stimulation was performed.

Results of the survey. The auscultation data was monitored by electronic monitoring. Coincidence of the results was 89.3%. The ability of auscultation to predict the results of a non-stress test is determined by the following indicators: sensitivity - 75%, specificity - 97.6%.

Conclusion. Thus, our studies prove that the auscultation of the accelerations can serve as the initial screening test for determining the fetal status and be used as an alternative method in relation to electronic monitoring. The method is simple, cost-effective and should be developed in further studies.

Djumayeva M.M., 5-course

CORRELATION BETWEEN BIOCHEMICAL MONITORING AND MEASUREMENT OF THE WAVE VELOCITY OF BLOOD FLOW IN THE UMBILICAL CORD OF A HUMAN FETUS

Scientific director: Tosheva I.I.

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino. Uzbekistan

Department of obstetrics and gynecology

The aim of the study was to establish a correlation between fetal oxygenation and CBS, determined by transabdominal blood sampling from the umbilical cord, and pulsation index (PI) in high-risk pregnancies.

Materials and methods of examination. In 14 women of high risk group who were delivered by cesarean section between the 30th and 35th week of pregnancy, the PI (pulsation index) in the artery of the umbilical cord was determined. In 10 of them, blood was taken from the umbilical cord transabdominal by ultrasound. In addition, all patients during the operation took arterial and venous blood from the umbilical cord. Gases of blood, CBS and lactate were determined.

Results of the survey. A close connection was found between the PI (index of pulsation) and pH, Pco₂ and the lactate cation in the venous blood of the umbilical cord taken in utero. IP (index pulsation) was well correlated with the same indices of venous and arterial blood of the umbilical cord taken at caesarean section. Venous blood of the umbilical cord, obtained transabdominally, has a higher O₂ content than blood taken at a caesarean section. There was no significant correlation between the content of O₂ in the venous blood of the umbilical cord with transabdominal take and PI (pulsation index). With PI (index of pulsation) > 1.5, the ratio of lactate in the venous blood of the umbilical cord sharply increases.

Conclusion. This way, a combination of biochem. fetal blood tests in a transabdominal fence under ultrasound control using the Doppler method allows among pregnant women high risk groups to isolate those who have a higher risk of impairment of the fetus.

Hamdamov A.B., 4-course

INFLUENCE OF THE NUMBER OF BIRTHS ON THE STATE OF THE VENOUS SYSTEM OF THE LOWER EXTREMITIES

Scientific director: Khotamova M.T.

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino. Uzbekistan

Department of obstetrics and gynecology

The aim of the study was to determine the state of the venous system of the lower limbs from the number of borns.

Materials and methods of examination. The condition of valve function and the morphology of the veins of the lower extremities were studied in 19 patients (1st group) and in 21 reproductive women (group 2). Ultrasonic-biometrics of the lumen

of the veins, plethysmography and light-flexography (SRG) were used. The study was performed in the supine position and standing at the gestation period of 36-40 weeks (1st definition) and on the 6th day after birth (2nd definition). The control group consisted of 39 non-pregnant women (group 3), 27 of them had in the past one (3A group) and 12 - two births (group 3B).

Results of the survey. According to all 3 non-invasive methods, it was not possible to detect a significant difference in the morphology and function of the veins in all groups. Only the tendency to increase the diameter of the lumen of V. iliaca by 5-6%, V. femoralis by 6-7%, V. poplitea by 2-7% is noted. In women of the 2nd group in the position of les. According to the AHWG, blood filling and venous drainage of blood from the left lower limb in women of the 2nd and right lower extremity in women of the 3B group also tended to increase in comparison with the values of these parameters in the women of the 1 st and 3 A groups.

Conclusion. Thus, the development of varicose veins depends not so much on the number of deliveries in the past as on the initial state of the function of venous occlusive valves and the morphology of the vein wall. In this regard, the use of a screening survey of pregnant women is recommended in order to identify the functional and morphological inconsistency of the venous system of the lower extremities and the preventive use of first-class compression therapy.

Ikramova Sh.A., 5-course

RELIABILITY OF SCREENING OF SMALL CHILDREN FOR GESTATIONAL AGE USING THE DOPPLER METHOD

Scientific director: Khotamova M.T.

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino. Uzbekistan

Department of obstetrics and gynecology

The aim of the study was to determine the reliability of screening of small children for the gestational period using the Doppler method.

Materials and methods. One of the main causes of perinatal complications, mortality and subsequent neurological diseases is a violation of fetal growth. Since small children can also be genetically small, it is very important to have accurate diagnostic methods.

Results. The reliability of Doppler measurement of blood flow in the umbilical artery was determined at 28 and 34 weeks' gestation. 400 women were examined for the purpose of predicting the birth of small children and newborns with a violation of the mass index. The sensitivity of the method was low (from 16.9 to 41.7%). The prognostic value of the negative screening test was not satisfactory.

Conclusion. Thus, the study of blood flow in the umbilical artery by the Doppler method at the gestational age of 28 and 34 weeks is not informative for diagnosing and predicting fetal development disorders. However, negative results should not depreciate this method as a means of diagnosing and predicting fetal distress in high-risk pregnancies.

Joy Guharay, 5-course, Djolbunova Z.K., Chechetova S.V., Karamurzaeva G.
**CAUSES OF FATAL OUTCOME IN CHILDREN WITH INFECTIOUS
DISEASES**

Scientific director: senior teacher Zasedateleva S.G.
International High School of Medicine, Bishkek. Kyrgyzstan
Department of Infectious Disease

Introduction: At present, infectious diseases at the children are the leading cause of urgent conditions that can lead to mortality [1, 3, 4].

In the aetiological structure of diseases with urgent conditions dominated as viruses, so bacteria, affecting the respiratory system (69,4%), which determine the virulence of the development of severe disease and urgent conditions. [2]

One of the most dangerous complications that lead to fatal disorders of body functions and his death is cerebral edema (CE) that develops in many infectious diseases in children [5]. The basic universal pathophysiological components of CE are disorders of auto regulation of cerebral blood flow, hypoxia and ischemia of brain cells with metabolic disorders and increased permeability of blood-brain barrier [1].

Purpose of this study was to evaluate the clinical and pathophysiological features of fatal outcome at children with infectious diseases.

Materials and study. We analyzed the 234 medical records of children, which were died in the intensive care unit of the Republic clinical hospital for infectious diseases (RHID). The morphological changes of central nerve system (CNS) of all children were confirmed by postmortem examination.

We used clinical, biochemical, bacteriological, function (x-ray of lungs, brain ultrasound) methods. Statistical analysis was performed using SPSS.

Results and discussion. The proportion of common infectious diseases in children who died amounted to acute respiratory infection – 44,7%, acute intestinal infection – 27,3%, viral hepatitis – 11,9%, acute bacterial meningitis – 8,2%, whooping cough – 5,5% and enteroviral infection – 2,4% (Figure 1).

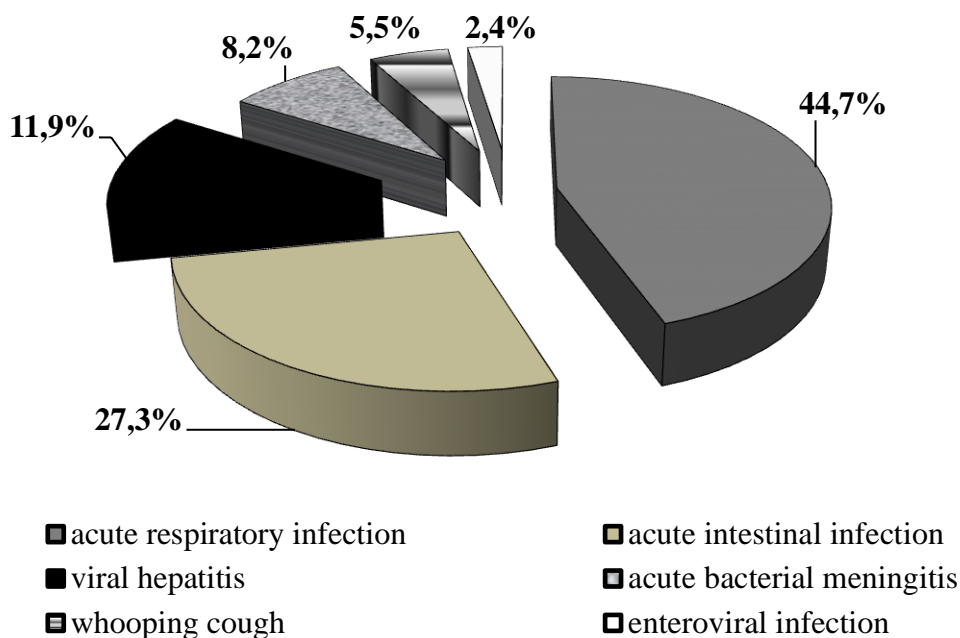


Fig.1. The proportion of frequent infection diseases with symptoms of disorders of CNS at deaths of children (%).

The analysis of the spectrum of clinical diagnosis in patients who were on treatment in the intensive care unit of infectious diseases involving the CNS shown (Fig. 2), which accounted for the majority children with acute respiratory viral infections (44,9%) and acute intestinal infection (29,9%).

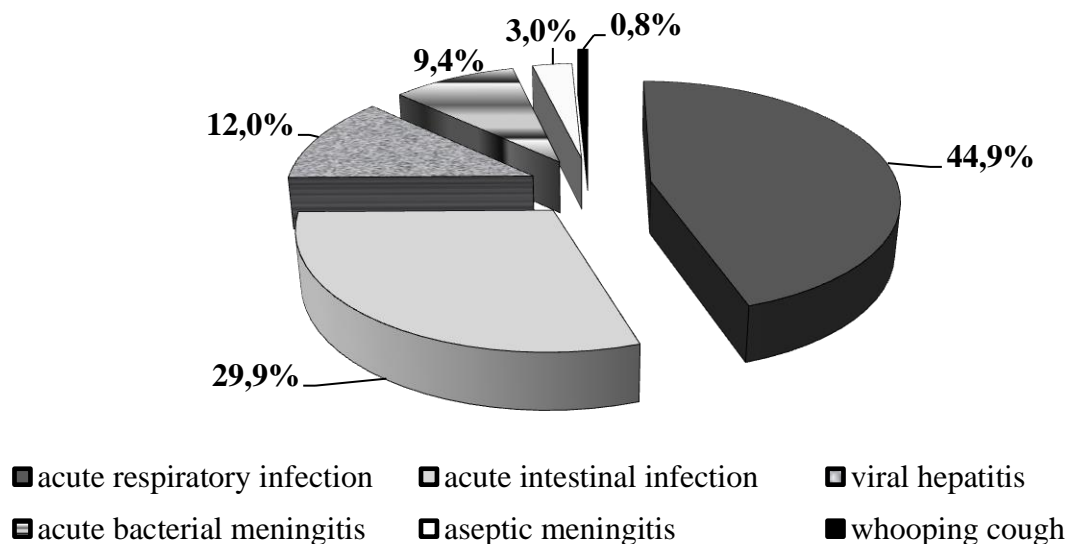


Fig. 2. The structure of the clinical diagnoses of pediatric patients who died from infectious diseases with disorders of CNS.

Age composition of patients who died was represented mainly by children of the first year of life - 192 (82,0%) patients, 1 to 3 years - 17 (7,3 .%) and older than 3 years - 25 (10,7%) children.

Children (90.2%) already admissions to hospital with severe complications: cerebral edema – 70,6%, respiratory failure – 64,0%, DIC syndrome – 28,4%, severe

dehydration – 19,9% and 6,16% of child had symptoms of an infectious-toxic shock. Therefore, these children (81,6%) have been reported immediately to intensive care unit, bypassing the emergency department, and only 18,4% of children are enrolled in intensive care by other departments RHID, indicating the severity of the condition of children to the hospital admission.

It should be noted that all the underlying condition of the dead children be severe. At the examination of children at the intensive care unit department was identified cerebral edema symptoms: psychomotor irritation (24,6%) within $2,7 \pm 0,6$ days, cognitive challenges, from sopor (61,1%) to coma (38,9%) – $4,9 \pm 1,5$ days, convulsions (57,1%) - $2,6 \pm 0,8$ days, pathological photoreaction pupils (53,0%) - $3,5 \pm 1,1$ days, positive meningeal signs (13,3%) - $1,8 \pm 0,3$ days and focal symptoms (8,4%), which was maintained for $3,0 \pm 0,8$ days.

According to conclusion of pathologist the respiratory failure was decreased (80,0%) and there were such diagnoses as Reye's syndrome (21,8%), acute liver failure (11,9%), infectious-toxic shock (1,3%) and renal failure in 1,3% of patients who died (Fig. 3).

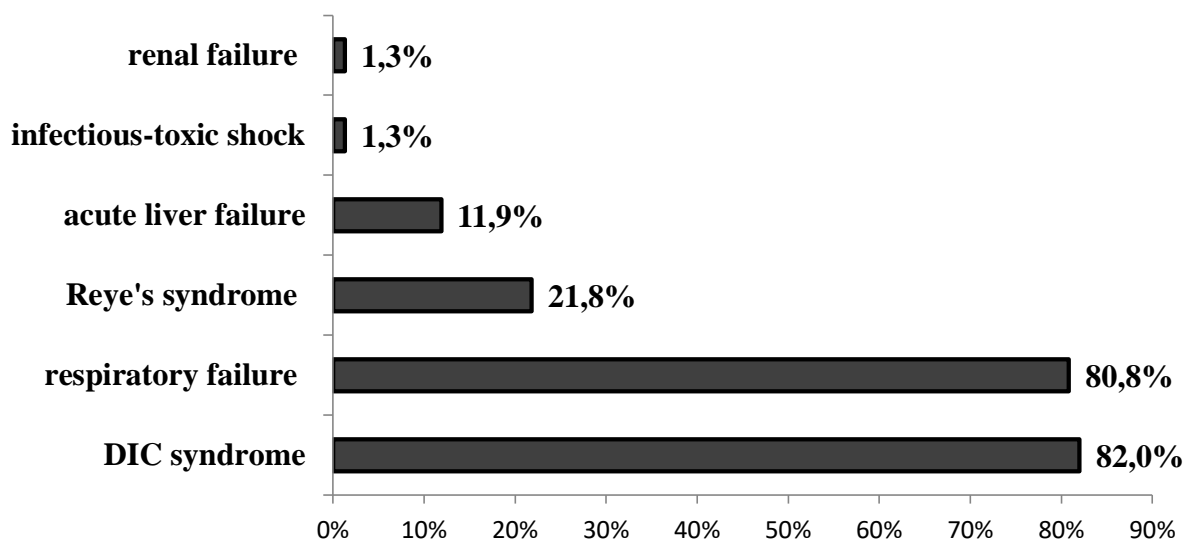


Fig. 3. Structure of the emergency conditions of dead children (results of autopsy).

The clinical and morphological data have clarified the structure of the postmortem diagnosis of the dead children. The most frequent diagnoses were viral and bacterial pneumonia (47.4%), mixed infection acute enterocolitis + pneumonia (14.8%), acute bacterial meningitis (12.4%), acute intestinal infection (dysentery, salmonellosis, enterocolitis unknown etiology - 6 5%), intrauterine infection (4.6%), aseptic meningitis (4.6%), sepsis (2.8%), viral and mycoplasma pneumonia (2.8%), viral hepatitis (2.3%), pneumocystis pneumonia (0.9%) and pertussis + enterocolitis (0.9%).

Severe immunodeficiency states, the majority (88.2%) patients who died confirmed the results of morphological studies: change in the thymus (hypoplasia of up to 1-4 m and atrophy) were found in 27.9%, accidental transformation of the thymus - 11.7%, thymomegalia (up to 40 gr.) - 5.6%, dysplasia - in 3.9%. There were

also revealed morphological immaturity of organs from 11.7%, adrenal hypoplasia - 1.7% etc.

The analysis of morphological signs children who died from infectious diseases was probably due to decrease in specific T-cell immunity (early thymic involution) in the majority of children in the first year of life, malnutrition (15%), morphological immaturity of internal organs (11.7%).

The study of relative risk probability of death in patients with infectious diseases in children is presented in the Table 1.

Table 1

Relative risk of fatal outcome of children with infectious diseases

Criteria	relative risk	the possibility of death(+)
1	2	3
Age <1 year	2,26	+
Age > 1year	0,2	-
daydisease > 3 days	1,55	+
Intrauterine infection	7,32	+
Hypoxic ischemic encephalopathy	1,3	+
Intracranial hypertension	1,17	+
Nosocomial infection	1,0	+
Severe intoxication	1,19	+
hemodynamic disturbances	1,35	+
Vomiting	0,72	-
Convulsions	8,86	+
meningeal signs	0,32	-
Focal brain symptoms	2,6	+
Cerebral edema	1,89	+
Respiratory failure	1,26	+
DIC syndrome	2,11	+
Toxic shock	1,56	+
anemia	2,39	+
leukocytosis >10 ⁹	2,1	+
increased sed rate >10mm/ч	0,84	-
Total blood protein <65g / l	4,04	+
Prothrombine test <80%	4,25	+
Fibrinogen > 400 mg	4,26	+
fibrinogen <200 mg	5,0	+
creatinine > 115 umol / L	0,74	-

Conclusion:

1. Development of death in children with infectious diseases contributed to swelling of the brain, which is one of the most dangerous complications.

2. Cerebral edema is results of different pathophysiological mechanisms, such as toxic, hypoxic and inflammatory which can be combined and forms a vicious circle, requiring complex treatment of urgent assistance.

3. Main risk factors for death were: early age, late submission, nosocomial infections; the presence of hypoxic ischemic encephalopathy; hemodynamic instability, convulsions, development of emergency syndromes.

Bibliography

1. Veltishchev Y.E., Sharobaro V.E., Stepin G.G. Emergency conditions in children. / M. Medicina. 2004. - P. 250-251.

2. Uchaikin V.F., Molochnyi V.P. Emergency conditions in pediatrics: a practical guide / M.: GEOTAR - Media, 2005. - p.115.

3. Litvitsky P. F. Pathophysiology. / M. Geotar Med. – 2003. V.I. - P. 259-263.

4. Novitsky V.V., Goldberg E. D. Pathophysiology 2nd edition. / Publishing house of Tomsk State University. - 2001. - P.576-586.

5. Leontiev O.V., Black V.S., Dergunov A.V., Kustov V.D. training manual on Pathophysiology of central nerve system / St. Petersburg. - 2011. – p.100.

Kilicheva V.A., 5-course

PREGNANCY OUTCOME AFTER ELIMINATION OF TORSION OF THE APPENDAGES OF THE UTERUS WITH ISCHEMIC-HEMORRHAGIC CHANGES

Scientific director: Khotamova M.T.

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino. Uzbekistan

Department of obstetrics and gynecology

Aim of the study. The results of the operation were analyzed for the twisting of the uterine appendages, which occurred in 6-21 weeks of pregnancy in 6 patients.

Materials and methods of examination. In all patients before pregnancy, there was a stimulation of ovulation accompanied by hyperstimulation of the ovaries, which, apparently, contributed to the twisting of the appendages. Patients were hospitalized for acute pain in the lower abdomen. At a clinical examination, you showed an increase and sharp painful appendages of the uterus on one side, which made it possible to diagnose. It was confirmed by ultrasound. From the moment of the disease to the operation it took from 24 to 150 hours.

Survey results. Torsion elimination was carried out. The diameter of the ovaries reached 9-20 cm. After observation for at least 15 minutes, the color of the uterine appendages was restored. In 2 patients an ovarian biopsy was performed; ischemic-hemorrhagic changes of its tissue are revealed. No complications were noted.

Conclusion. The course of pregnancy after the operation was uncomplicated: in 2 patients the pregnancy continued to develop (with the operation performed in the first trimester), 3 had a birth on time, 1 had a cesarean section.

Rakhimova Sh., 1-st year master

THE USE OF ERGOTHERAPY IN PATIENTS WITH STROKE CARDIAC PATHOLOGY

Scientific director: ass. Musaeva Y.

Tashkent medical academy. Uzbekistan

Department of Nervous diseases

A stroke is the outcome of a variety of diseases of the blood vessels of the brain, heart and blood. But most closely, the pathogenesis of stroke is associated with cardiac pathology. Cardioneurology is a new integrative direction of medicine at the junction of several clinical disciplines (neurology, cardiology, cardiac surgery, neurosurgery), the purpose of which is to study the heart in various forms of vascular lesions of the brain, improving diagnostic methods, prevention and the treatment of cardiac complications in stroke. The phased stabilization and increase in the functionality of life support systems is the basis for expansion of the mode of motor activity.

Purpose of the study. To develop and put into practice an optimal model for the organization of inpatient rehabilitation care for patients who have had a stroke with concomitant cardiological pathology.

Materials and research methods. The treatment of 25 patients aged 52 to 78 years, mean age - 65 (16 males and 9 females) in acute ischemic stroke (IS). Patients consisted of two groups of observation. In 13 patients of group I (study group), AI proceeded against the background of cardiac pathology (coronary artery disease, exertional angina, atrial fibrillation). In Group II (the comparison group) there were 12 patients without cardiac pathology. Conducting ergotherapy, in particular the Montessori method using the FIM (Functional Independence Measure) scale.

Results. The test groups of patients were comparable in terms of the presence and severity of neurologic deficit, but I group where patients with observed cardiological pathology, expressed amount of paresis of limbs was significantly higher ($p < 0.05$). According to the FIM scale: Group I: up to 30.3 (33.3%), after 56 (61.5%) Group II: up to 32.5 (35.7%), after 71.5 (78.5%).

Conclusion. In patients undergoing ischemic stroke on the background of cardiac pathology, there is a more pronounced neurological deficit and movement disorders, they have worse indicators on the FIM scale compared with patients with stroke without cardiac pathology. By hiring post-stroke rehabilitation, it is possible to achieve positive results in patients with cardiological pathology.

Rawat Arushi, Subhash Laxmappa, Sinam Miranda

THE MEASUREMENT OF REACTION TIME OF FIRST-YEAR VOLGSMU STUDENTS

Scientific supervisor: candidate of pedagogical sciences, associate professor D.V.

Kovrizhnykh

Volgograd State Medical University

Physics Department

In the course of Physics in the medical universities future doctors carry out various laboratory experiments. In indirect measurements of some physical quantities, the human reaction time may affect the accuracy of the experimental values. This may be important in determination of such physical quantities in which it is necessary to measure time, among other measurements. Therefore, in our study we have measured the reaction time of first-year students and given the primary characteristics of this physical value.

Purpose and objectives. The purpose of this research is to determine the reaction time of a person on the example of first-year students of Volgograd State Medical University. To achieve this goal, the following tasks were set: 1) the choice of a method for measuring the reaction time of a person; 2) the evaluation of the dispersion of the experimental values obtained in each study and in the experimental group; 3) the analysis of the results.

Materials and methods. As a means of determining the reaction time of a person, we used a measuring ruler with millimeter divisions. Students worked in pairs, where one researcher placed his hand near the zero reading of the measuring scale, and the second without warning was letting the ruler go. Human reaction time

$$t = \sqrt{\frac{2h}{g}}$$

was determined by the formula $t = \sqrt{\frac{2h}{g}}$, where g is the acceleration of free fall (9.81 m/s^2), h is the position of the fingers of the first researcher on the scale of the ruler, i.e. the distance traveled by the ruler in a condition of free fall for the time necessary for the student to react to its movement. Further data processing was carried out using MS Excel and Statistica.

Results and discussion. Fourteen international 1st year students of General medicine faculty of Volgograd State Medical University from India, Iraq and Ghana took part in our experiment. Each student made 20-25 trials, totally 340 measurements of reaction time had been done. The average reaction time of each student varies from 0.134 s to 0.236 s, the average time of sampling is 0.183 s (see Table 1).

Table 1

student's #	minimum time, s	average time, s	maximum time, s	number of trials
1	0.143	0.178	0.202	20
2	0.128	0.167	0.202	20
3	0.124	0.166	0.239	25

4	0.101	0.163	0.212	25
5	0.135	0.178	0.230	25
6	0.110	0.161	0.202	25
7	0.150	0.215	0.271	25
8	0.090	0.134	0.197	25
9	0.212	0.236	0.247	25
10	0.150	0.202	0.247	25
11	0.110	0.178	0.243	25
12	0.135	0.194	0.267	25
13	0.128	0.195	0.282	25
14	0.128	0.183	0.263	25

It should be noted that in all the measurements the reaction time varies from 0.09 s to 0.28 s, which enables making assumptions about the reasonability of a study to evaluate the influence of human reaction time on the accuracy of the measurement of the physical quantity. In this case, the data combined into a single sampling are belong to the normal distribution law (due to results of Kolmogorov-Smirnov test, Lilliefors test and Shapiro-Wilk test), Fig.1.

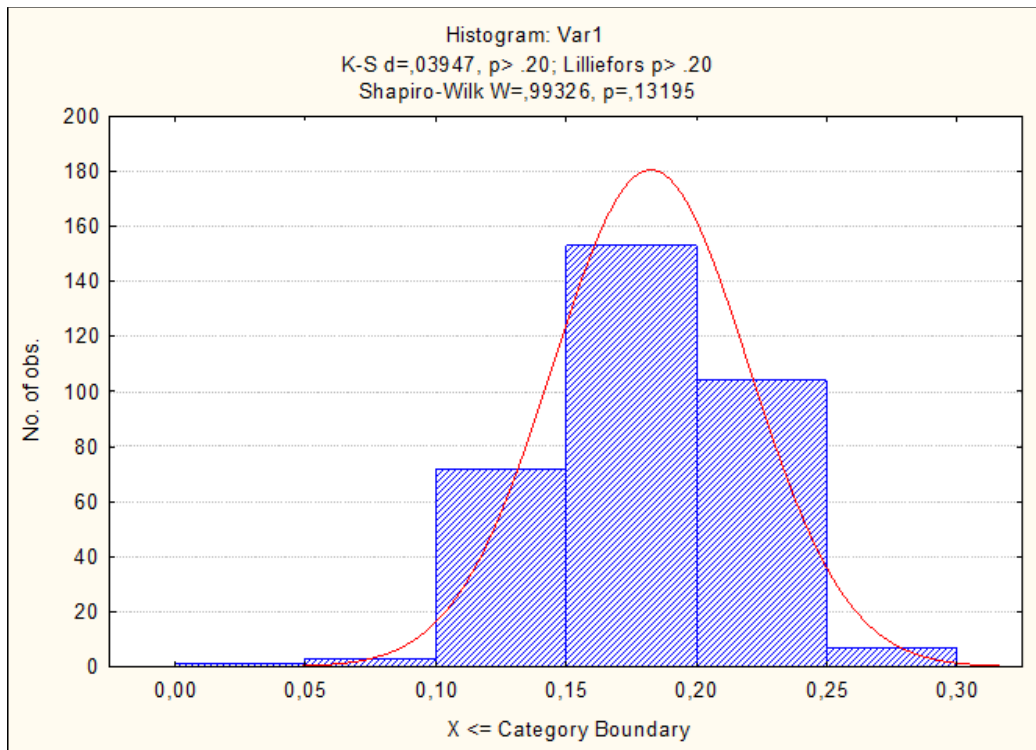


Figure 1. Frequency histogram and expected normal distribution curve

The distribution of reaction time for each student in accordance with the normal distribution law is performed in 13 cases out of 14, that is, in 92.9% of cases. Thus, according to the obtained experimental sample, the range of human reaction time values with a probability of 95% is from 0.11 s to 0.26 s, which indicates the

presence of a noticeable variation of values. That should be taken into account in the organization of the experiment on the indirect determination of the physical quantity, which implies the measurement of time.

Summary. Our study on the measurement of human reaction time allowed, firstly, to determine the arithmetic mean value of time, and secondly, to obtain the spread of experimental values and to study the distribution pattern of this random variable. Thus, our research work has laid the foundation for assessing the impact of human reaction time on the accuracy of indirect measurements of physical quantities.

Rezina D.K., master student, 1-course

BIOTRANSFORMATION OF PETROLEUM PRODUCTS USING BACILLUS SUBTILIS

Scientific director: Akhmetova S.B., Estemesova K.A.

Karaganda Medical University. Kazakhstan

Department of Biology

Biotransformation is a convenient method based on using the ability of many bacteria and lower fungi to effectively involve difficult-to-reach substrates, including toxic substances, in metabolic processes and can be carried out under different conditions using different methodological approaches [1]. The use of microorganisms as biotransformers of toxic pollution, is an environmentally safe way to combat pollution (oil spills, leakage of toxic waste, etc.) and does not pose a danger to already existing natural biocenoses.

The purpose of the work is to study the microbiological landscape of sewage of gas stations with the release of *Bacillus subtilis* strains from them the ability to dispose of toxic organic compounds in vitro. The object of research: *B. subtilis* strains isolated from the sewage of the stations "gas stations" in Karaganda city located at: gas station No. 1 Tereshkova street, st. 2/3; Gas station No2 Bytovaya street 15/18; Gas station No 3 Komissarov street 45/2 and collection strains of *B. subtilis* from the Museum of the Department of Immunology, Allergology and Microbiology of the NAO MUK. The total number of cultures studied is 30.

Materials and methods. Accounting for microflora in wastewater was carried out by direct seeding on nutrient agar (PA) for microorganisms using the standard ten-fold serial dilution method and the Gouldi method (table 1). Grown up isolated colonies were tested for purity by sieving on modified mineral and Simmons agar medium (CM) (where sodium citrate was replaced with sodium chloride to remove additional carbon sources) containing the appropriate carbon source, followed by microscopy. The cups were incubated in a thermostat at 28 and 37° C for 2-3 days. In the control variant, the cultures were seeded on CM medium without hydrocarbons. Sewage samples were taken in the autumn of 2018. Identification of isolated cultures of microorganisms was carried out by studying the morphology of bacteria, their cultural and biochemical characteristics, according to the determinant of bacteria Burgi (Knieg N.R., Holf Y.G., 1984). To determine the ability of isolated and collection strains of *Bacillus subtilis* to grow on solid hydrocarbons. Microorganisms

were grown in mineral medium with the addition of naphthalene, gasoline, fuel oil. Naphthalene in the form of powder was added to the nutrient medium at a concentration of 2 g/l and 0.5 g/l, respectively. Gasoline and fuel oil are also in a concentration of 2 g/l and 0.5 g/l. The same nutrient medium with the addition of glucose was used as a control. Growth was assessed after 7-10 days (table 2). In order to reveal the ability to grow crops in the presence of petroleum hydrocarbons, the studied cultures were introduced into rocker flasks with 10 ml of medium containing, as the only carbon and energy source, 3, 5, 7% of Tengiz crude oil (Fig. 1). The flasks were placed on a rocking chair (220 rpm) at a temperature of 25° C for 20 days. The destructive activity of the cultures was judged by qualitative and quantitative indicators. Qualitatively destructive activity of the cultures was determined visually by changing the oil film and the nutrient medium, quantitatively - by the degree of utilization and accumulation of biomass. After 20 days of growth, the residual oil content was checked by the gravimetric method. The residual oil from the culture fluid was extracted with chloroform (50 ml of medium; 15 ml of chloroform) in a separatory funnel. Chloroform was added portion wise, rinsing the flask. Then the chloroform extract was evaporated on a rotary evaporator. After evaporation, the samples were weighed. The amount of oil consumed was determined by the formula: $A = (a_1 - a_2) / a_1 \cdot 100\%$, where A is the amount of oil consumed,%; A_1 - the amount of oil applied; A_2 - the amount of residual oil.

Research results and discussion:

Table 1

Quantitative accounting of microbial cultures of wastewater stations "gas stations" (Karaganda city) (CFU/ml)

Cultures	Sampling point		
	Gas station №1	Gas station №2	Gas station №3
Pseudomonas Spp.	10^5	10^1	10^1
Bacillus Spp.	10^5	10^5	10^3
Escherichia Coli.	10^2	10^7	10^2
Micrococcus Spm.	10^2	10^5	10^3
Candida Albicans	10^2	10^4	10^2
Sarcina	10^2	10^1	10^1

Table 2

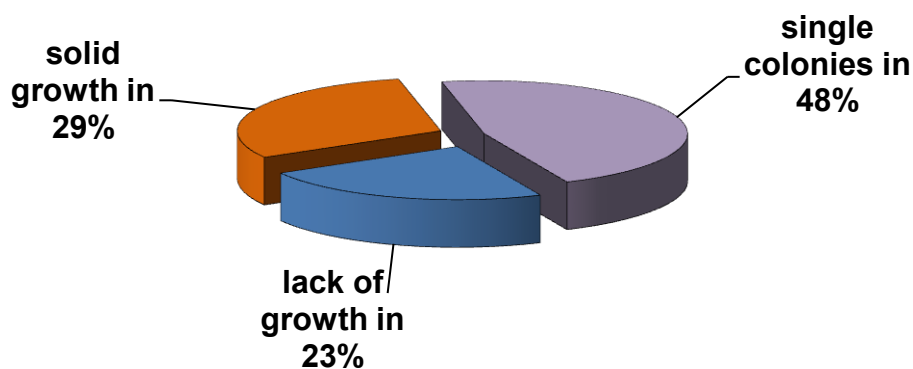
Growth of isolated cultures on an agar medium with different carbon sources

№ cultures	Carbon sources						Control glucose
	naphthalene		petrol		fuel oil		
	2 г/л	0,5 г/л	2 г/л	0,5 г/л	2 г/л	0,5 г/л	

							1%
Bacillus Spp. D1	-	+++	+	+++	+	++	+++
Bacillus Spp. D2	+	+++	-	+++	+	+	+++
Bacillus Spp. D3	+	+++	+	+++	+	++	+++
Bacillus Spp. D4	++	+++	+	+++	-	++	+++
Bacillus Spp. D5	++	+++	++	+++	++	+++	+++
Bacillus Spp. D6	-	++	+	+++	-	++	+++
Bacillus Spp. D7	+	+++	++	+++	-	++	+++
Bacillus Spp. D8	-	+++	++	+++	+	++	+++
Bacillus Spp. D9	-	+++	++	+++	+	++	+++

“+++” - continuous growth; “++” - moderate growth; “+” - single colonies; “-” - no growth

Analysis of physiological and biochemical characteristics allowed us to assign the culture D1-D5 to the species *Bacillus subtilis*; the rest are *Bacillus subtilis* collection strains from the Museum of the Department of Immunology, Allergology and Microbiology of the NAO MUK.



Picture 1. Ratio of 30 cultures in growth on mineral medium with 5% Tengiz oil.

Conclusion A new strain D-5 of *B. subtilis* was isolated from the sewage of the gas station stations. The bacterium is able to biotransform and dispose of toxic organic compounds, which has been proven by in vitro experiments. Based on microscopy, strain D-5 was assigned to the genus *Bacillus*. The obtained data can be used to further study the ability of natural and collection strains to utilize toxic organic compounds. These research results will significantly expand the range of microorganisms capable of oxidizing petroleum products.

List of references:

1. Bigaliev A.B. The current state and prospects of bio-and phytoremediation of soil contaminated areas // *Biotechnology. Theory and practice.* - 2014.-№ 2.-S. 9-1

Sekar Anbu, 5th year

**RISK FACTORS OF ATHEROSCLEROSIS BETWEEN
MALE AND FEMALE**

Scientific Advisor: ass. prof., Tenchurina Lerida, prof. Kuznetsov Ggrygori
Orenburg State Medical University, Orenburg, Russia
Department of Internal Diseases

Cardiovascular disease as a complication of atherosclerosis is today the most important cause of morbidity and mortality among elderly people. Although in the earlier decades of life women have a lower prevalence of cardiovascular disease, the later increases with age, reaching a similar level to that of men around the age of 75. Atherosclerosis is a disease in which multiple factors contribute to the degeneration of the arterial wall. It is evident that intensity and duration of injury define the severity of the alterations. Many risk factors were identified as having influence on the progression of atherosclerosis, mainly age, sex, heredity, diet composition, tobacco smoking, physical activity, obesity, systemic arterial hypertension, dyslipidemia, diabetes mellitus, plasma fibrinogen levels, hyperhomocysteinemia, left ventricular hypertrophy and psycho-social factors.

Objective. The goal of the present study is to analyze in elderly patients of both sexes for the prevalence of major risk factors for atherosclerosis and study their association with the complications of atherosclerosis.

Methods. The study included 42 patients undergoing treatment at the cardiology department of the Nikolai Pirogov City Clinical Hospital in the period from April 1 to April 18, 2019. Occurrence of hospitalization was ACS or scheduled revascularization. Depending on the gender, all patients were divided into 2 groups. The first group included women aged 55 to 65 years, the second group included men aged 60 to 80 years. In all patients, atherosclerotic lesion of the coronary arteries was confirmed by coronary angiography.

Results. When comparing the groups, it was noted that the age of the patients was significantly different: the average age of men was 60 years, the average age of women was 70 years. The number of men enrolled in the study was 28, the number of women 14. The group of men exceeded the group of women in the number of

smokers, respectively 70% and 0%. At the same time, the number of men was 24 of the most. The body mass index for women was $>35 \text{ kg/m}^2$, and for men $<34 \text{ kg/m}^2$. However, the abdominal circumference in men is 104cm, and in women 90cm.

Risk factors for atherosclerosis such as arterial hypertension, diabetes mellitus, chronic kidney disease were found in 30% of patients. Hypertension in women was observed more frequently than in the group of men. However, women were more aware of their disease and regularly took antihypertensive drugs. Men, on the contrary, could not name the drugs they were taking, and the intake was often episodic. In the group of men, type 2 diabetes was identified in 35% of patients, in women 56%. All the patients received insulin therapy, but not all - with the achievement of the target level of glycated hemoglobin. Chronic kidney disease (RSF) was detected in 32% of men and 54% of women. At the same time, the decrease in the glomerular filtration rate in men was less significant than in women. But none of the groups of eGFR was below $30 \text{ ml/min/1.73 m}^2$.

The lipid profile was distributed as follows: the level of total cholesterol in men was 5.7 mmol/l , which was not significantly different from the average values of total cholesterol in women – 5.2 mmol/l . The level of LDL-cholesterol in men was 3.7 mmol/l , and in women – 3.0 mmol/l , HDL-cholesterol in men 40 mg/dL in women is less than 50 mg/dL , and TAG in men 2.26 mmol/l , in women 3.32 mmol/l .

Systemic arterial hypertension is considered one of the most important causes of morbidity and mortality in the adult population of the civilized world, both by its high prevalence and by its complications. After adjustment of the variables in the regression model, we observed that in the total of elderly patients, risk factors for complications of atherosclerosis were: triglycerides $\geq 250 \text{ mg/dL}$, hypertension, and male sex.

Among men, the risk factors were: total cholesterol, LDL-cholesterol, abdominal circumference and tobacco smoking.

Among women, the risk factors were: triglycerides, diabetes mellitus and hypertension.

Conclusion. This study evaluated in elderly patients of both sexes, in order to determine the impact of systemic arterial hypertension, dyslipidemia, diabetes mellitus, tobacco smoking, and obesity, considered risk factors of cardinal importance that can be controlled or even removed.

Unes Monib, Student of 4th year, Faculty of General Medicine, International School of Medicine, Kyrgyzstan

Muhammad Amer Riaz, Student of 5th year, Faculty of General Medicine, International School of Medicine, Kyrgyzstan

RISK FACTORS ASSOCIATED TO CARDIOVASCULAR DISEASES IN KYRGYZSTAN

Scientific advisers: Begimai Zhetimishova, MD, Assistant Professor, Department of Introduction to therapy; Hossain Syed Azfar, MD, D.F.D, Assistant Professor, Department of Introduction to therapy

International School of Medicine, Bishkek city, Kyrgyzstan

Introduction:

The mortality rate in the working population is due to cardiovascular diseases (WHO, 2002, Lazzini et al 2009). The highest CVD associated death rates worldwide are found in Ukraine, Kyrgyzstan and Russia (WHO, 2018). Of all deaths, 80% are due to Noncommunicable diseases, 40% of which are related to cardiovascular diseases. The death rate of the age group of 30-70 years is about 28% of NCDs including Ischemic stroke and Coronary heart disease (National Statistics Data, 2015, Institute of Health Metrics, 2018). Kyrgyzstan takes sixth place in rate of mortality from CVDs in Eurasia. Thus, more than 19,000 people/year die due to CVDs in Kyrgyzstan, which makes the death rate >50/day. Death rate from CVDs is caused by (80%) CHD (including acute myocardial infarction) and cerebrovascular diseases (Kydyralieva RB et al, 2009). The highest premature mortality rate in the WHO European Region due to CVDs is recorded in Kyrgyzstan (Jill Farrington et al, 2017). In recent years, however, a decrease in total death rate due to CVDs has been considered in Kyrgyzstan, with a fall from 331.3 in 2012 to 300.9 per 100000 in 2015 (Mid-term Review, 2016).

Risk factors for cardiovascular diseases

High blood pressure, according to the health assessment has been considered very common in both men and women, and always ranks at top of the list of health problems among Kyrgyzstan population (National Statistics Data, 2015). Among adults of 25–64 years age, an increase in high blood pressure by 42.9% (similar in males and females) with an elevation of total cholesterol levels by 23.6% (more common in females than in males) has been seen. (Kyrgyzstan STEPS, 2015).

Unhealthy diet, high blood pressure, and tobacco use has been considered as leading risk factors of CVDs (Health Metrics, 2018).

Diet: Mostly the foods sold in Bishkek, Kyrgyzstan are rich of trans-fatty acids and salt. Compared to consumption of sugar-sweetened beverages (SSB), other dietary factors, such as high dietary sodium intake and low level of consumption of fruits and vegetables are considered as more prominent causes of absolute burden of mortality in Kyrgyz Republic (Khatibzadeh S et al, 2014, Danaei G et al, 2014).

Alcohol consumption: Besides others factors, alcohol consumption is also one of the significant risk factors of CVD related deaths in Kyrgyzstan. Among the people aged 15 years and older, the total annual per capita alcohol consumption was 4.3 liters of pure alcohol per year in 2011 (Evaluation, 2018). Heavy alcohol consumption is considered as a risk factor for CVDs (Corrao G et al, 2000). Light consumption of alcohol may not have effect on CVDs (Corrao G et al 2000); however, there is no controlled researches with sufficient long-term data (Ronksley PE et al, 2011).

Smoking: Tobacco-associated annual mortality in the world is currently 6 million (including exposure to secondhand smoke) (World No, 2011). In the year 2000, 2100 people died due to smoking in Kyrgyzstan (National Tobacco, 2005). According to data, in the year 2013, tobacco smoking among population aged 15

years and older was recorded as 50.5% for men and 3.7% for women (Health Metrics, 2018).

Physical activity: One another risk factor for CVDs is considered lack of physical exertion. Studies have proved that low physical exertion causes CHD and stroke (Kodama S et al, 2013). Cohort studies showed that physical exertion helps decrease the risk of coronary heart disease and stroke among both men (RR 0.76 95% CI 0.70–0.82, $p < 0.001$) and women (RR = 0.73, 95% CI 0.68–0.78, $p < 0.001$). In addition, a moderate level of physical exertion can help decrease CVD incidence in both men (RR = 0.89, 95% CI 0.82–0.97, $p = 0.008$) and women (RR = 0.83, 95% CI 0.67–1.03) (Li J et al, 2012).

Obesity: Hypertension and obesity are considered as top three leading causes of disease burden among women and among the top five leading causes of disease burden among men in the Central Asian countries (Kazakhstan, Kyrgyzstan, Tajikistan, Turkmenistan, and Uzbekistan) (WHO, 2006a). About one out of three adults are obese and CVDs accounts for about two-thirds of all deaths in each of the above mentioned republics (WHO, 2006b). In the year 2014, there were (45.2%) overweight males and (49.1%) females aged 18 years and above in Kyrgyzstan (Institute of Health Metrics, 2018).

Aims of the present study:

1. Characteristics of food habits associated with CVD in Kyrgyzstan.
2. Smoking and physical exercise associated with CVD in Kyrgyzstan.

We studied the association of four indicators:

1. Dietary habits (fruits, vegetables, fatty foods, alcohol)
2. Physical activity
3. Bad habits-smoking
4. BMI

Material and methods:

Data gathering:

We used biochemical analysis (Lipid profile) of 20 patients, who have been observed in the polyclinic to explore the health status, health determinants and prevalence of cardiovascular diseases among the residents of Kyrgyzstan.

Questions and questionnaire instruments

The frequency of consumption was given per day, per week, per month depending on the food item and drinking. We also included questions about weight, height, physical activity, smoking habits. The specific questions are described in the following;

1. Dietary habits were measured by three questions: “How often do you eat a day and at what time?”, “Which dishes do you prefer more”, “How do you cook?” The response options throughout the KSQ are: (1) One or more times a day, (2) 2-3 times a week, (3) 1-3 times a week, (4) Less than once a week, or (5) never. Following the WHO guidelines on healthy nutrition, we regrouped the responses: 1 as (1) - referents; from 2 to 5 as (2) - risk group. ”How often do you eat vegetables and salads (except vegetable juices and potatoes)?” The response options throughout the KSQ are: (1) One or more times a day, (2) 4-6 times a week, (3) 1-3 times a week, (4)

Less than once a week, or (5) never. We regrouped the responses: 1 as (1) referents; from 2 to 5 as (2) – risk group.

2. Alcohol consumption was measured with A) “How often do you drink alcohol?” The response options throughout the KSQ are: (1) 4 times a week or more, (2) 2 to 3 times a week, (3) 2 to 4 times a month, (4) once a month or less (5) never .B) “How many glasses of alcohol do you drink on a typical occasion? One ‘glass’ means 50cl light beer, 33cl strong beer, 1 glass red or white wine, 1 small glass of strong wine or 4cl spirit (vodka, whiskey)”. The response options throughout the KSQ are: (1) 1-2 glasses, (2) 3-4 glasses, (3) 5-6 glasses, (4) 7-9 glasses, or (5) 10 or more glasses.

We regrouped the variable:

Alcohol consumption: Males, who consume at least 2-4 times a month at least 5-6 glasses of alcohol as risk group, all other less frequent male drinkers as referents. Females, who consume at least 2–4 times a month at least 3-4 glasses of alcohol as risk group, all other less frequent female drinkers as referents.

3. Smoking was asked: “Do you smoke?” The response options throughout the KSQ are: (1) Yes, I do every day, (2) Yes, sometimes; (3) I smoked before regularly. (4) Never smoked. We regrouped the responses: from 1 to 3 as (2) risk group; 4 as (1) – referents.

4. Physical activity was asked, “During the last 7 days, on how many days did you do vigorous physical activities like heavy lifting, digging, aerobics, or fast bicycling? Days per week”, “How much time did you usually spend doing vigorous physical activities on one of those days? Hours per day, minutes per day, don’t know/Not sure”. The responses were converted to minutes per week. “During the last 7 days, on how many days did you do moderate physical activities like carrying light loads, bicycling at a regular pace, or doubles tennis? Do not include walking; days per week”, “How much time did you usually spend doing moderate physical activities on one of those days? Hours per day, minutes per day, Don’t know/Not sure”. The responses were converted to minutes per week.

“During the last 7 days, on how many days did you walk for at least 10 minutes at a time? Days per week”, “During the last 7 days, how much time did you spend sitting on a weekday? Hours per day, minutes per day, don’t know/Not sure”.

The responses were converted to minutes per week. In order to calculate total physical activity, the minutes of vigorous physical activity were doubled to equal the minutes of moderate physical activity. Thereafter, the minutes of vigorous and moderate physical activity as well as walking were summarized. Individuals with 150 or more minutes of moderate physical activity per week were grouped as (1) – referents, individuals with less physical activity as (2) – risk group.

5. Body mass index (BMI): Individuals were regrouped as follows: BMI<25 as (1) - referents, BMI \geq 25 kg/m² as (2) - risk group.

Data Analysis

Results:

Table 1

Prevalence of cardiovascular disease in different socio-demographic groups (%), difference between groups

Factor risks	CVD, n (%)	Referents, n (%)	Chi Square	P= value
Gender			28.26	0.000
Male	69(29.5)	233(50.7)		
Female	165(70.5)	227(49.3)		
Age			373.37	0.000
18-29	3(1.3)	170(37.0)		
30-39	8(3.4)	161(35.0)		
40-49	36(15.4)	84(18.3)		
50-59	92(39.3)	28(6.1)		
≥60	95(40.6)	17(3.7)		
Nationality			17.29	0.004
Kyrgyz	67(28.6)	150(32.6)		
Russian	102(43.6)	137(29.8)		
Uzbek	30(12.8)	84(18.3)		
Korean	13(5.6)	25(5.4)		
Dungan	13(5.6)	50(10.9)		

Table 2

Prevalence of cardiovascular disease in different lifestyle groups (%), difference between groups

Factor risks	CVD, n (%)	No CVD, n (%)	Chi Square	P= value
Fruits			0.04	0.828
Referents	84 (35.9)	169 (36.7)		
Risk group	150 (64.1)	291 (63.3)		
Vegetables			0.24	0.621
Referents	81 (34.6)	168 (36.5)		

Risk group	153 (65.4)	292 (63.5)		
Physical activity			2.72	0.099
Referents	133 (56.8)	231 (50.2)		
Risk group	101 (43.2)	229 (49.88)		
BMI			62.91	0.000
<25kg/m ²	71 (30.3)	286 (62.2)		
≥ 25 kg/m ²	163 (69.7)	174 (37.9)		
Alcohol			3.87	0.049
Referents	221 (94.4)	448 (97.4)		
Risk group	13 (5.6)	12 (2.6)		
Smoking			0.95	0.328
Referents	166 (72.5)	31.4 (68.9)		
Risk group	63 (27.5)	142 (31.1)		

References

1. World Health Organization. Report. Preventing Risks, Promoting Healthy Life. http://www.who.int/whr/2002/Overview_E.pdf (2002). (WHO, 2002)
2. Lazzini A, Lazzini S. Cardiovascular disease: an economical perspective. *Curr Pharm Des* 2009, 15 (10):1142-56.
3. World Health Organisation. Health Info report. <http://apps.who.int/healthinfo/statistics/mortality/whodpms/> (Accessed 14.09.2018) (WHO 2018)
4. National Statistics Data 2015. Bishkek: Centre for Medical Information, 2015.
5. Institute of Health Metrics and Evaluation. Kyrgyzstan. <http://www.healthdata.org/kyrgyzstan>, Accessed 11 June 2018.
6. Kydyralieva RB, Dzhumagulova AS. The growth of death rate from cardiovascular diseases in the Kyrgyz Republic. *Anatol J Cardiol*. 2009. 9(2): 139-140.
7. Jill Farrington FRP, Alexei Yakovlev, Oxana Rotar. Review of acute care and rehabilitation services for heart attack and stroke in Kyrgyzstan. World Health Organization; 2017.
8. Mid-term Review Report of Den Sooluk National Health Reform Program of the Kyrgyz Republic for 2012-2016 Bishkek 2016.
9. Kyrgyzstan STEPS survey 2013: fact sheet. World Health Organization; 2015.
10. Khatibzadeh S, Afshin A, Micha R, Shi P, Yawar Yakoob M, Singh GM, Rao M, Fahimi S, Ezzati M, Mozaffarian D. The Impact of Low Consumption of Fruits and

Vegetables on Mortality from Cardiovascular Diseases in 187 Countries. *Circulation*. 2014, 129:AMP76.

11. Danaei G, Lu Y, Singh GM, Carnahan E, Stevens GA, Cowan MJ, Farzadfar F, Lin JK, Finucane MM, Rao M, Khang YH, Riley LM, Mozaffarian D, Lim SS, M E. Cardiovascular disease, chronic kidney disease, and diabetes mortality burden of cardiometabolic risk factors from 1980 to 2010: a comparative risk assessment. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2014; 14 2014; [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587\(14\)70102-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587(14)70102-0).

12. Institute of and Evaluation. Kyrgyzstan. <http://www.healthdata.org/kyrgyzstan>. Accessed 11 June 2018.

13. Corrao G, Rubbiati L, Bagnardi V, et al. Alcohol and coronary heart disease: a meta-analysis. *Addiction* 2000, 95(10): 1505-1523.

14. Ronksley PE, Brien SE, Turner BJ, et al. Association of alcohol consumption with selected cardiovascular disease outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2011; 342: d671

15. World No Tobacco Day 2011 celebrates WHO Framework Convention on Tobacco Control. WHO press release 31 May 2011 <http://www.who.int/tobacco/wntd/2011/en>.

16. National Tobacco Information Online System (NATIONS). Available in <http://data.euro.who.int/tobacco/?TabID=2404>, Accessed December 10, 2005.

17. Kodama S, Shiro T, Yoriko H, Kazuya F, Chika H, et al. Association Between Physical Activity and Risk of All-Cause Mortality and Cardiovascular Disease in Patients With Diabetes A meta-analysis. *Diabetes Care*. 2013, 36(2):471–9.

18. Li J, Siegrist J. Physical activity and risk of cardiovascular disease-a meta-analysis of prospective cohort studies. *Int J Environ Res Publ Health*. 2012; 2:391-407.

19. World Health Organization (WHO) (2006a). Data and Publications: Highlights on Health. <http://www.euro.who.int/highlights> (accessed: 8/28/2009).

20. World Health Organization (WHO) (2006b). European Health for All Database. <http://www.euro.who.int/hfad> (accessed: 8/28/2009).

Umidova N.N., 2 course, master

THE ROLE OF INDICATORS OF FERROKINETICS AND ENDOGENOUS ERYTHROPOIETIN IN ANEMIA OF PREGNANT WOMEN

Scientific director: Sarkisova L.V.

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino. Uzbekistan

Department of obstetrics and gynecology

The aim of the study was to improve the quality of medical care for pregnant women by improving the methods of treating anemia and preventing complications of childbirth.

Objectives of the study. To study the indicators of ferrokinetics in the dynamics of pregnancy, taking into account the severity of anemia.

Material and research methods. For the period from 2018-2019. We examined 90 pregnant women with anemia, 50 of them were untreated, received in the maternity ward with labor, and 40 were treated in the department of pathology of pregnant women. The control group consisted of 40 conditionally healthy pregnant women. Under our supervision and examination, there were 40 pregnant women with anemia, aged 17-35 (28 ± 0.1) years, registered with antenatal clinics and treated in the pathology department of pregnant women at the city maternity complex No. 1 in Bukhara. The selection criteria for pregnant women in the groups were hemoglobin content of 95 g / l and below, serum iron 15 μmol / l and below, the gestational age of 20 weeks or more, and the absence of other blood diseases. The main complaints of pregnant women with anemia were general weakness, fatigue, shortness of breath during mild exertion, flickering "flies" before the eyes, dizziness, nasal bleeding, sleep disorders and mood for no apparent reason, decreased appetite, memory loss. Depending on the type of anti-anemic therapy, the patients were divided into 2 groups: the comparison group - 18 pregnant women - received ferron 100 mg, 1-2 capsules daily for 2-3 months, until normal hemoglobin level in the blood was reached; the main group - 22 pregnant women - received ferron 100 mg in 1-2 capsules daily for 2-3 months, until normal hemoglobin level in blood and REPO 2000 MED were achieved subcutaneously after 3 days, 2-3 injections depending on the severity of anemia.

Conclusions. A study of ferrokinetics in the dynamics of pregnancy showed that anemia is iron deficient, with the degree of reduction in iron, ferritin and increase in transferrin levels depends on the severity of the disease. Treatment of IDA with iron-containing drugs only is not effective enough. Hb level $< 90\text{g}$ / l and resistance of anemia to treatment with Fe preparations is an indication for REPO therapy, especially when preparing for delivery. Combined ferrotherapy with REPO is an effective and relatively fast method for stopping the IDA of pregnant women that allows replacing blood transfusion.

Yuldasheva N.M., 1-course

CORRECTION OF THE GASTROTOXIC EFFECT OF NON-STEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS WITH KVVERTSETIN

Scientific adviser: Rakhmatova M.R.

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino. Uzbekistan
Department of Pharmacology and Clinical Pharmacology

Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) have become an integral part of modern life. This trend has become particularly noticeable in connection with the increase in the number of people experiencing chronic pain in various diseases. The pathology of the gastrointestinal tract (GIT) arising from the use of NSAIDs, in fact, went beyond the complications of a particular type of drug therapy. Therefore, the development of methods of protection against the negative effects of NSAIDs is an urgent task of clinical pharmacology and pharmacotherapy.

The purpose and objectives. The use of quercetin to correct the negative effects of nonsteroidal anti-inflammatory drugs that occur with long-term treatment of pain.

Quercetin - flavonoid with P-vitamin activity - is known as a substance with capillary stabilizing, antioxidant, membrane stabilizing, anti-edematous, anti-inflammatory and gastro protective action. In addition, as a result of blockade of the arachidonic acid metabolism pathway, quercetin reduces the synthesis of leukotrienes, which are mediators of inflammation. Thus, the use of quercetin preparations prevents erosive-ulcerative lesions of the upper sections of the alimentary canal, which serves as a direct indication for its inclusion in the complex therapy of gastric ulcer and duodenal ulcer, gastritis and enterocolitis. This also contributes to the regenerative properties of quercetin, which are manifested in the accelerated healing of superficial wounds and / or erosion, regardless of their location and mechanism of origin.

Materials and methods. The research was conducted in the Bukhara Regional Multidisciplinary Clinical Hospital in the Department of Rheumatology. For this purpose, 37 patients with various rheumatologically diseases aged 18 to 50 years were selected who were prescribed NSAIDs, and these patients were divided into 2 groups: took only NSAIDs, and the second group of patients consisting of 19 patients took NSAIDs in combination with quercetin 80 mg 3 times a day for 10 days (followed by continuation up to 5-6 weeks)

Results. During the examination, patients with the first group taking only NSAIDs had side effects from the gastrointestinal tract 2 times more than patients of the second group and the effectiveness of NSAIDs was 1.5 times more than the first group.

Conclusion. Our clinical research proves that quercetin can reduce the negative effect of nonsteroidal anti-inflammatory drugs on the digestive system. An additional advantage of this appointment is that when a combination of quercetin preparations with NSAIDs, the anti-inflammatory effect of the last amplified.

Yusupov D., 5-course

PROSPECTIVE OBSERVATION OF FIRST-PREGNANCY WITH HYPERTENSION OF PREGNANCY

Scientific director: Khotamova M.T.

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino. Uzbekistan
Department of obstetrics and gynecology

The aim of the study was a prospective controlled 5-year observation of first-line pregnant women with hypertension pregnancy.

Materials and methods. Prospectively, a group of 49 pregnant women with pregnancy hypertension and a age-matched control group of 49 primordial women with normal BP were prospectively examined. The 1 st group included only those women whose hypertension was first detected during pregnancy. The group did not

include women with hypertension, which was available only during labor or in the postpartum period.

Results of the survey. Observation with the definition of blood pressure continued regularly for 5-6 years. At the end of the follow-up period, 21 of 49 women in group 1 had hypertension requiring treatment (7 women), or borderline hypertension (14 women). Borderline hypertension developed in only 2 women in the control group. The most significant factor predicting the subsequent high blood pressure after 5-6 years was the gestational age at which hypertension was first detected.

Conclusions. Thus, the prognostic factors were the magnitude of the first measurement of diastolic pressure over the observation period, family history of hypertension, smoking and the age of women.



**СБОРНИК ПЕРВОЙ БУХАРСКОЙ МЕЖДУНАРОДНОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ И МОЛОДЕЖИ BIMSC-2019
БЫЛ СОЗДАН НА ОСНОВЕ РАБОТ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ,
ЧТОБЫ ДАТЬ БУДУЩИМ ВРАЧАМ-УЧЕНЫМ ВОЗМОЖНОСТЬ
РАЗВИТЬ НАВЫКИ КРИТИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ, НЕОБХОДИМЫЕ
ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ УСПЕХА В АКАДЕМИЧЕСКОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ
ПРАКТИКЕ. НАШ СБОРНИК СОЗДАН СТУДЕНТАМИ-МЕДИКАМИ И
МОЛОДЫМИ УЧЕНЫМИ, РАБОТАЮЩИМИ ПОД ЧУТКИМ
РУКОВОДСТВОМ НАСТАВНИКОВ**

**THE BOOK OF ABSTRACTS OF 1ST BUKHARA INTERNATIONAL
CONFERENCE MEDICAL STUDENTS AND YOUTH, BIMSC-2019
IT WAS CREATED TO ENABLE FUTURE MEDICAL SCIENTISTS
TO DEVELOP THE CRITICAL THINKING SKILLS, THEY NEED
TO SUCCEED IN ACADEMIC AND CLINICAL PRACTICE.
OUR BOOK OF ABSTRACTS WAS CREATED REVIEWED AND
EDITED BY MEDICAL STUDENTS WORKING UNDER
THE GUIDANCE OF MENTORS**