

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «АСТРАХАНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ» МИНЗДРАВА РОССИИ

МАТЕРИАЛЫ

94-й итоговой студенческой научной конференции
с международным участием (25-27 апреля 2013 г.)

Астрахань - 2013

УДК: 61(06)
ББК: 52.5
М 34

Материалы 94-й итоговой студенческой научной конференции
(25-27 апреля 2013 г.) - Астрахань, 2013. - 333 с.

Главный редактор – В.И. Григанов

Редакционный совет:

Л.А.Бахмутова,	М.А.Орлов,
В.В.Белопасов,	А.А.Панов,
Х.М.Галимзянов,	Т.Н. Панова,
А.А.Демидов,	И.Н. Полунин,
Л.В.Дикарева,	О.С. Полунина,
П.Г.Джувалыков,	Е.А. Попов, Н.И. Рассказов,
А.А.Джумагазиев,	О.В. Рубальский,
С.В.Дианов,	А.Х. Сатретдинова,
Д.Ш.Дубина,	Л.Г. Сентюрова,
А.А.Жидовинов,	А.Г. Сердюков,
В.А.Зурнаджянц,	С.П.Синчихин,
С.А.Зурнаджан,	Е.Н. Стрельцова,
Н.Н.Касаткин,	Д.Г. Тарасов,
Т.С.Кириллова,	О.Л. Титова,
И.З.Китиашвили,	Н.Н. Тризно,
Л.А.Костина,	М.А. Топчиев,
В.В.Кутуков,	Л.А. Удочкина,
Б.Н.Левитан,	А.Р. Умерова,
Р.Д.Мустафин,	Б.В. Фельдман,
Ю.В.Назарочкин,	Г.А. Харченко,
Л.И.Наумова,	Е.Б. Хлебцова,
Д.М.Никулина,	Н.С. Черкасов.

В материалах 94-й итоговой студенческой научной конференции с международным участием содержатся тезисы работ, выполненных студентами АГМА на кафедрах по основным научным проблемам, разрабатываемым под руководством ведущих ученых академии.

Печатается по решению редакционно-издательского совета
Астраханской государственной медицинской академии

© Астраханская государственная
медицинская академия, 2013

**СТРУКТУРНЫЕ ПРЕОБРАЗОВАНИЯ ОРГАНОВ
И ТКАНЕЙ НА ЭТАПАХ ОНТОГЕНЕЗА В НОРМЕ
И ПАТОЛОГИИ**

**МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРЕДНЕЙ ДОЛИ ГИПОФИЗА И ПРОЛИФЕРАТИВНАЯ
АКТИВНОСТЬ ЕЁ КЛЕТОК В ПОСТНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ ЧЕЛОВЕКА**

А.В. Процко (III курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н., асс. А.А. Бахтин.

Кафедра гистологии и эмбриологии (зав. – д.м.н., проф. Л.И. Наумова)

В аденогипофизе, или передней доле, выделяют ряд клеток имеющих определенное сродство к красителям: хромофобы и хромофилы. Последние делятся на ацидофильные и базофильные. Иммуногистохимически, используя моноклональные антитела можно выделить 5 видов клеток продуцирующих тропные гормоны: соматотропы, маммотропы, меланокортикотропы, тиреотропы и гонадотропы [5;9].

Так как, аденомы гипофиза составляют до 10% всех внутричерепных опухолей [8], следует, что аденогипофиз имеет регенераторные способности, но иногда, вследствие экзогенного или эндогенного воздействия, нарушается нормальное поддержание клеточного гомеостаза, что и приводит к данной патологии. Возникает вопрос, что является камбиальным элементом аденогипофиза. Некоторые авторы утверждают, что гипофиз регенерирует из отдельных групп клеток – хромофобов, где часть это клетки, выделившие секрет – хромофилы и фолликулярно-звездчатые клетки, а часть является малодифференцированными или камбиальными клетками [3;2]. При светооптическом методе исследования с применением классических методов окраски (гематоксилин-эозин, азановый метод по Генденгайну и трихромный метод Маллори), их не удается различить. Другие авторы утверждают, что хромофобы это дегранулированные базофилы и ацидофилы [6].

До появления иммуногистохимических маркеров пролиферативной активности (Ki-67, PCNA и др.) процесс пролиферации возможно было установить либо непосредственно регистрацией фигур митоза, что крайне затруднительно и не всегда достоверно, либо при помощи автордиографии. Кроме того, митоз включает в себя помимо кариокинеза подготовительные и последующие фазы, остававшиеся незамеченными в исследованиях аденогипофиза до нашего времени. Традиционный подсчет митотической активности не отражает в полной мере пролиферативный потенциал, так как собственно митоз занимает несколько часов, а подготовка к нему - около 24-х часов. В связи с этим, изучение негистонового протеина Ki-67 (маркера пролиферации), экспрессирующегося во всех клетках, вышедших из G0-фазы, представляется актуальным и позволяет определить именно “скрытый” пролиферативный потенциал [7; 1].

Целью исследования являлось дать морфологическую характеристику передней доле гипофиза и пролиферативной активности её клеток.

Материалом исследования служили 10 человеческих гипофизов, средний возраст лиц, подвергшихся аутопсии составил 43 года. Органы фиксировались в 10% забуференном нейтральном формалине на протяжении 24 часов, с дальнейшей проводкой по батарее спиртов возрастающей концентрации и заливкой в гомогенизированный парафин. Далее изготавливались серийные срезы толщиной 5-7 мкм с дальнейшим монтированием их на обезжиренные и поли-L-лизинные стекла. Методом окраски были выбраны следующие : гематоксилин-эозин, как обзорная методика окраски, по Ван-Гизону и азан по Генденгайну для выявления соединительно-тканной стромы и более четкой визуализации сосудов, и иммуногистохимический метод с применением маркера пролиферации Ki-67

На обзорных препаратах окрашенных гематоксилин-эозином удается выявить общую структуру гипофиза, в частности его передней доли. При этом четко визуализируется нейро- (задняя доля) и аденогипофиз (передняя доля). Промежуточная часть аденогипофиза выражена слабо и в 9 из 10 случаев содержит фолликулы различных размеров, содержащие светлый коллоид[6]. Последние выстланы либо плоским, либо кубическим эпителием. Сам фолликул окружен хорошо выраженной соединительнотканной капсулой. В данной области встречаются в небольшом количестве все три вида аденоцитов: ацидофильные, базофильные и хромофобные. Данные клетки лежат группами и между ними тяжами располагаются тонкиесоединительнотканнные волокна, хорошо выявляемые при окраске азаном по Генденгайну.

Туберальная часть гипофиза содержит большое количество капилляров и мелких сосудов. В этой области были обнаружены все три вида клеток: базофильные, ацидофильные и хромофобные аденоциты. Соединительнотканнный каркас в туберальной части выражен сильнее, чем в промежуточной зоне аденогипофиза. При исследовании передней доли четко визуализировались строго разделенные соединительнотканнными волокнами эпителиальные тяжи аденоцитов, формируя тем самым трабекулы. Последние, значительно различаются по клеточному составу в зависимости от преобладания в них базофильных, ацидофильных или хромофобных клеток. В большинстве случаев одноименные аденоциты лежали группами. При оценке пролиферативной активности аденогипофиза с применением общегистологических методов окраски “классических” фигур митоза обнаружить не удалось. Поэтому, был использован иммуногистохимический метод исследования с применением антител к маркеру пролиферации Ki-67. Реакция

оценивалась в двух основных группах клеток: хромофобах и хромофилах. В обоих случаях, ядра имели как иммунонегативную, так и иммунопозитивную реакцию, что свидетельствует о митотической активности различных аденоцитов. Митотический индекс, локализованный на участке с преобладанием хромофобных аденоцитов, составил 61,49 % , а в области с преобладанием хромофильных клеток 38,36% .

Исследование показало, что пролиферативной активностью в передней доле аденогипофиза обладают как хромофобные, так и хромофильные аденоциты. Преобладание экспрессии маркера Ki-67 наблюдалось в хромофобных клетках (61,49%), в то время как в хромофильных аденоцитах экспрессия была на порядок ниже (38, 36%), что можно расценивать как феномен “клеточного торможения”.

ПОЛИКАЗУАЛЬНОСТЬ АНТЕНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ

Г.Н. Баймуханова (V курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель – асс. Е.В.Бутырина

Кафедра патологической анатомии (зав. – д.м.н., проф. А.Е. Лазько)

Аntenatalный период является важным для последующего состояния плода в родах и развития новорожденного. В период беременности и родов плод, плацента и околоплодные воды составляют единую функциональную систему — фетоплацентарный комплекс. Оценка состояния его в значительной мере позволяет судить о течении беременности, наличии отклонений в развитии плода, прогнозировать исход родов для новорожденного. Этот процесс в равной мере касается материнского организма, плаценты и организма плода. Антенатальная гибель плода составляет 77.9% среди мертворожденных детей. [2]

Несмотря на значительный прогресс, достигнутый в антенатальной охране плода, мертворождение остается неизученной важной проблемой в акушерстве. Несмотря на наметившуюся тенденцию к снижению перинатальной смертности, в основном за счет снижения ранней неонатальной потери, антенатальная смертность остается стабильно высокой (4.2 на 1000 родов в Московской области, 3.6 на 1000 родов в Швеции). В большинстве случаев антенатальная гибель плода наступала в сроке 22-36 недель гестации, что составляло 60.3%, при доношенной беременности – 34.8%, при пролонгированной беременности более 40 недель – 4.9% [3]. Несмотря на то, что целый ряд условий связывают с мертворождением, во многих случаях крайне сложно определить точную причину. Рост антенатальных потерь в развитых странах может отражать возрастающую частоту некоторых значимых для мертворождения факторов риска. Т.о. представления о пусковых факторах и ведущих патогенетических моментах заболевания служит предметом постоянных научных дискуссий.

Цель работы заключается в идентификации факторов риска мертворождения в антенатальный период и выявлении морфологических изменений в последе в группе исследуемых женщин с антенатальной гибелью плода.

Материалы и методы. В Патологоанатомическом бюро Астраханской области было проведено гистологическое исследование 354 последов от группы исследуемых женщин при сроке гестации от 22 до 36 недель с 2001 по 2010 год. Проанализированы результаты исследований последов и изучены гистологические препараты, изготовленные по стандартным методам и окрашенные гематоксилином и эозином. Верификация патологии проводится по стандартам ВОЗ.

В ходе нашего исследования были выделены основные факторы, объединяющие исследуемую группу женщин. К ним относится высокий возраст матери (средний возраст 28.1 ± 0.46), ранняя половая жизнь (в 45% случаев), табакокурение (в 35% случаев), наличие двух и более аборт (в 35% случаев), употребление наркотических веществ (в 5% случаев), злоупотребление алкогольных напитков во время беременности (в 2% случаев).

По клинко-лабораторным данным у 72% пациенток были зарегистрированы воспалительные заболевания гениталий.

При обследовании женщин была выявлена сопутствующая соматическая патология со стороны органов дыхания, сердечнососудистой и мочевыделительной системы в сочетании с инфекционной патологией (ОРВИ в 44% случаев), что существенно усугубляет течение беременности при наличии недостаточности циркуляторной, дезинтоксикационной и выделительной систем. Пусковым моментом является нарушение плацентарной перфузии, обусловленное исходной недостаточностью сосудов плацентарного ложа. Т.к. мать берет на себя функциональную обязанность очищения организма плода от ненужных метаболитов, которые нарастают по мере увеличения срока беременности и определяют всё большую опасность для кровеносной системы, печени, почек и других органов беременных женщин. В связи, с чем беременность таких женщин протекала с выраженной анемией в 56% случаев, проявлениями гестозов в 58%, угрозой прерывания беременности в 24%, маловодием в 28% и многоводием в 19%.

При гистологическом исследовании последов данной группы пациенток, учитывая клинические показатели, в 79% были выявлены признаки хронической фетоплацентарной недостаточности разной степени выраженности. При морфологическом исследовании в пуповине, как и в плаценте выявляются гиперплазия эндотелиоцитов с гипертрофией гладкомышечных клеток меди и окружающих миофибробластов в артериях и артериолах опорных ворсин, сужение просвета артериол при одновременной резкой эктазии просвета венул опорных ворсин II порядка, полная облитерация мелких артерий с окружающими участками псевдоинфарктов с

полной потерей эпителия в ворсинах и замурованные фибриноидом, единичные клетки цитотрофобласта с выраженной дистрофией. Данные изменения приводят к серьезным нарушениям маточно-плацентарного и плацентарно-плодного кровообращения. Прогрессирующая патология плацентарного ложа нередко осложняется острой гипоксией плода, которая переносится особенно тяжело в связи с исходной хронической гипоксией и задержкой внутриутробного развития.

В исследуемой группе хроническая фето-плацентарная недостаточность сочеталась с воспалительными изменениями в плаценте. При анализе клинических данных и результатов гистологического исследования у 71% пациенток антенатальная гибель плода обусловлена преимущественно гематогенным инфицированием последа с развитием базального децидуита в 65%, интервиллусита в 50%, villuzита 47%, фуникулита 23%. При бактериологическом исследовании в 31% случаев был выявлен вирус простого герпеса, в 25% смешанная микрофлора (токсоплазмоз, краснуха, цитомегалия и др).

В третьем триместре беременности, точнее с 30-32 недели, происходит максимальное истончение плацентарного барьера в связи с формированием синцитио-капиллярных мембран. Повреждения их различными иммунными, гипоксическими, инфекционными, токсическими и другими факторами, ведут к разрушению плацентарного барьера и прямому поступлению фетальных метаболитов в сосудистое русло материнского организма. Данное обстоятельство служит тем патогенетическим моментом, который переводит компенсированную форму гестоза в разряд тяжелого полиорганного заболевания, характеризующегося развитием каскада мозаичных циркуляторно-дистрофических нарушений в организме беременных женщин с дезинтеграцией гравидарной системы, декомпенсированным повреждением плаценты и высоким риском перинатальной гибели плода [1].

Степень выраженности хронической плацентарной недостаточности зависит от исходной структурно-функциональной зрелости плаценты, давности и тяжести клинических проявлений гестоза. По мере прогрессирования процесса в плаценте возникает многоступенчатый комплекс структурных изменений, которые в начале направлены на компенсацию метаболических и гипоксических нарушений и тем самым обеспечивают сохранение беременности, а затем переходят в необратимые патологические реакции и способствуют преждевременному отторжению плаценты, исчерпавшей свои приспособительные ресурсы.

Внутриутробное заражение плода и последа в условиях снижения иммунитета фето-плацентарной системы ведёт к развитию прогрессирующего инфекционного процесса, который может завершиться ранним или поздним выкидышем, послужить причиной плацентарной недостаточности и антенатальной гибели плода [3].

Таким образом, совершенствование тактики ведения беременности и родов у данной категории женщин невозможно без тщательного анализа и изучения тонких патогенетических реакций, происходящих в организме женщины и приводящих к внутриутробной гибели плода с целью внедрения скрининговых тестов и проведения скрининг-исследования пациенток с целью прогнозирования мертворождения и оценки объема необходимого вмешательства для предотвращения внутриутробной гибели плода.

СТРУКТУРНЫЕ ПРЕОБРАЗОВАНИЯ ВЕРТЕБРО-БАЗИЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ В ПРОЦЕССЕ СТАРЕНИЯ

Ф.Б. Куртусунов (II курс, стоматологический факультет)

Р.З. Бекмухамбетов (II курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – д.м.н., доц. Б.Т. Куртусунов

Кафедра анатомии человека (зав. – д.м.н., Л.А. Удочкина)

ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Росздрава

Интерес к исследованию структурных преобразований вертебро-базиллярной системы объясняется прежде всего тем, что развивающиеся возрастные изменения в значительной мере определяют характер недостаточности мозгового кровообращения. Они, во-первых, значительно ограничивают адаптационные возможности стареющего организма, во-вторых, создают предпосылки для развития патологии, являющейся основной причиной смерти человека: атеросклероза, артериальной гипертензии, ишемической болезни мозга.

Целью исследования явилось изучить структурные преобразования вертебро-базиллярной системы в процессе старения.

Материалом для исследования послужили гистологические срезы позвоночных и базиллярных артерий 123 человек старше 60 лет, умерших от патологии не связанной с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, рентгенангиограммы, магнитно-резонансная и компьютерная томограммы 73 пациентов, проходивших обследование в диагностическом центре «ОРИГО» и НУЗ МСЧ Астраханьгазпром с подозрением на вертебро-базиллярную недостаточность.

Выявлено, что в процессе старения нестабильность в шейном отделе позвоночника ведет к фиксированной позе и выравниванию шейного лордоза, раздражению нервного сплетения позвоночной

артерии. Костные разрастания позвонков, возникающие в процессе старения, ведут к уменьшению диаметра отверстий поперечных отростков, стенозирующей компрессии, патологическим изгибам позвоночных артерий и формированию в этих участках атеросклеротических бляшек.

Существенные изменения происходят в стенках позвоночных артерий. Они выражаются в деградации, частичной дезориентацией, разобщении и разрыхлении структур сосудистой стенки. Она теряет свою компактность, в связи с чем толщина ее в эти сроки увеличивается до $1,625 \pm 1,148$ мм ($\times 10^3$ мкм). Наружный диаметр у позвоночных артерий увеличивается до $6,118 \pm 2,971$ мм ($\times 10^3$ мкм). В изменениях внутренней оболочки отмечается нарушение в основном структур субэндотелиального слоя, выражающееся в набухании коллагеновых волокон, с участками их разобщенности, а местами формирующих очаги грубых соединительнотканых уплотнений. Просвет сосуда в области таких очагов сужен, обнаруживается слущивание эндотелия. Разрыхление коллаген-эластического комплекса средней оболочки приводит к нарушению соединительнотканного каркаса и дезориентации в нем гладких мышечных волокон, которые теряют упорядоченность и стабильность своей спиралевидной формы, вытягиваются по длине сосуда, дестабилизируя нормальную гемодинамику. Толщина средней оболочки также значительно увеличивается, достигая – $0,841 \pm 0,337$ мм ($\times 10^3$ мкм). Структуры наружной оболочки теряют свою упорядоченность и приобретают вид бесформенных масс, уплотняясь до $0,416 \pm 0,124$ мм ($\times 10^3$ мкм).

При повышении артериального давления, нарушении соединительнотканной основы и геометрии мышечных волокон стенки, позвоночные артерии могут приобретать вид скрученного по оси сосуда, в результате чего нарушается гемодинамика и развиваются дисциркуляторные проявления в вертебро-базилярной системе.

ВЛИЯНИЕ ВНУТРЕННИХ И ВНЕШНИХ ФАКТОРОВ СРЕДЫ НА ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ ОРГАНИЗМА

МОДЕЛЬ ФОРМИРОВАНИЯ ГИПОКСИЧЕСКОГО И ГИПЕРКАПНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ У ЧЕЛОВЕКА

А.И.Семенец, Н.А.Мамедов (III курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – д.б.н., доц. В.Р. Горст

Кафедра нормальной физиологии (зав. – д.м.н., проф. И.Н.Полунин)

Углекислоту долгое время рассматривали как вредный для организма конечный продукт метаболизма, от которого надо полностью избавляться. Однако еще в конце прошлого века ряд ученых считали CO₂ весьма важным продуктом обмена, необходимым для нормальной жизнедеятельности организма. Теперь хорошо известно, что CO₂ является не только естественным регулятором дыхания, кровообращения, обмена веществ, электролитного баланса, проницаемости легочных сосудистых и клеточных мембран, кислотно-основного состояния, но и возбудимости нервных клеток, тонуса гладкой мускулатуры бронхов, сосудов, мочевыводящих путей и т. д. Интерес к вопросу о физиологической роли CO₂ возрос не только в связи с достижениями клинической и спортивной медицины, но и развитием авиации, космонавтики, а также в связи с освоением новых сред обитания (высокогорье, аридная зона, Мировой океан, Крайний Север) и изысканием эффективных средств по управлению регуляторными системами организма для профилактики и лечения различных заболеваний [1,2].

Уменьшение CO₂ в крови повышает связь кислорода и гемоглобина и затрудняет поступление кислорода в клетки (эффект Вериге-Бора). Уменьшение кислородного притока в ткани вызывает кислородное голодание тканей - гипоксию. Кислородное голодание тканей, достигнув угрожающей организму степени, вызывает у некоторых индивидуумов повышение артериального давления (гипертонию). Гипертония увеличивает кровоток через суженные сосуды и улучшает кислородное снабжение клеток жизненно важных органов. Кислородное голодание тканей уменьшает содержание кислорода в венозной крови, что ведёт к расширению венозных сосудов и проявляется в расширении вен на ногах с образованием варикоза, расширении геморроидальных вен с развитием геморроя. Уменьшение CO₂ в крови увеличивает свёртывающую функцию крови и в сочетании с замедлением тока крови в венах способствует развитию тромбоза.

Даже если глубину дыхания уменьшить ниже нормы и увеличить содержание CO₂ в организме выше нормы на полпроцента - один процент, то отрицательных симптомов не будет. Напротив, в этом случае даже у бывших тяжелобольных бронхиальной астмой, стенокардией, гипертонией, - появляются симптомы сверхвыносливости. В клиниках наблюдается это уже второе десятилетие. Оказалось, что крайнее уменьшение глубины дыхания не приводит к каким-либо болезненным явлениям. Так фактически удалось открыть основной закон смерти: чем глубже дыхание, тем сильнее болезнь и ближе смерть - и наоборот, чем меньше глубина дыхания, тем здоровее, выносливее и долговечнее организм [3].

Таким образом, гиперкапния имеет явно выраженный положительный фактор, т.к. оказывает сосудорасширяющее действие. Это позволит применять повышение содержания углекислого газа в медицинской практике, например, при гипертонии, улучшить общее состояние организма без применения лекарственных средств.

Немедикаментозные методы лечения и профилактики – не альтернатива медикаментозному лечению, а неотъемлемый компонент комплексного лечения. Его преимущества очевидны и с точки зрения физиологичности, простоты, доступности, экономичности, отсутствия нежелательных эффектов.

Кроме перечисленных выше преимуществ, применение немедикаментозных мер предоставляет пациенту активную роль в укреплении собственного здоровья, что следует признать наиболее перспективным подходом с точки зрения целостного организма, позволяет в более полной мере соблюдать основные принципы медицины: “лечи не болезнь, а больного” и “не навреди”.

Цель работы заключалась в исследовании реакции организма на выполнение дыхательной пробы с дополнительным мертвым пространством.

Исследования проводили на 30 испытуемых обоего пола. Из них юношей было 17, девушек – 13. Средний возраст обследованных составил $18,6 \pm 0,2$ лет. Все испытуемые перед началом исследования находились в условиях относительного функционального покоя. Перед выполнением дыхательной пробы проводили регистрацию гемодинамических показателей, электропроводности кожи (ЭПК), записывали ЭКГ с помощью аппаратно-программного комплекса «Варикард 2.51» с последующим анализом данных по программе ИСКИМ-6. Затем в течение 5 минут проводили дыхательную пробу с одновременной записью ЭКГ. После выполнения пробы повторяли регистрацию гемодинамических показателей. На основании полученных данных проводили расчет вегетативного индекса Кердо (ВИ), адаптационного потенциала (АП), индекса функциональной активности симпатического отдела вегетативной нервной системы (ИФАСНС). Результаты исследования представлены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1.

СОСТОЯНИЕ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ВЕГЕТАТИВНОГО ИНДЕКСА И АДАПТАЦИОННОГО ПОКАЗАТЕЛЯ ДО И ПОСЛЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ ПРОБЫ

Изучаемые показатели	Исходное состояние	После воздействия
ЧСС (в мин.)	$78,1 \pm 2,2$	$83,4 \pm 1,9$ *
АДС (мм рт.ст.)	$116,2 \pm 1,9$	$109,5 \pm 2,1$ *
АДД (мм рт.ст.)	$73,2 \pm 1,4$	$70,0 \pm 1,7$ *
Ср АД (мм рт.ст.)	$87,5 \pm 1,3$	$83,2 \pm 1,6$ *
СО (мл)	$66,4 \pm 1,5$	$66,6 \pm 1,5$
МОК (мл)	$5199,1 \pm 193,7$	$5542,6 \pm 169,9$ *
ВИ (усл. ед.)	$4,4 \pm 3,1$	$15,1 \pm 2,5$ *
АП (усл. ед.)	$2,1 \pm 0,01$	$2,0 \pm 2,1$
ЭПК (мкА)	$26,1 \pm 4,0$	$25,0 \pm 2,8$
ИФАСНС (усл. ед.)	$24,5 \pm 4,1$	$23,2 \pm 2,9$

Примечание: * - $P < 0,05$ - дано в сравнении с исходным состоянием методом прямых разностей

Таблица 2.

СПЕКТРАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ КАРДИОИНТЕРВАЛОВ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ ПРОБЫ

Изучаемые показатели	Исходное состояние	В процессе воздействия
HR (в мин.)	$78,1 \pm 2,2$	$83,4 \pm 1,9$ *
MxDMn (мс)	$287,7 \pm 13,7$	$249,2 \pm 15,7$ *
Mo (мс)	$789,5 \pm 23,5$	$714,2 \pm 15,9$ *
AMo (%)	$40,7 \pm 2,3$	$47,5 \pm 3,3$ *
HF (мс ²)	$1072,7 \pm 187,7$	$1007,4 \pm 277,1$
LF (мс ²)	$1120,8 \pm 200,4$	$877,5 \pm 134,2$
VLF (мс ²)	$485,8 \pm 66,2$	$384,9 \pm 57,0$
ULF (мс ²)	$413,2 \pm 82,7$	$439,2 \pm 89,2$
TP (мс ²)	$3092,8 \pm 441,0$	$2709,2 \pm 410,2$
Si (усл. ед.)	$109,9 \pm 14,1$	$179,1 \pm 27,8$ *
IC (усл. ед.)	$2,1 \pm 0,2$	$2,7 \pm 0,3$ *

HFP (%)	37,9±2,8	35,4±3,5
LFP (%)	42,1 ± 2,0	43,5 ± 2,7
VLFP (%)	19,9 ± 1,9	21,0 ± 1,9
LF/HF (усл. ед.)	1,4 ± 0,1	1,8 ± 0,2 *
VLFP/HF (усл. ед.)	0,7 ± 0,1	0,8 ± 0,1

Примечание: * - $P < 0,05$ - дано в сравнении с исходным состоянием методом прямых разностей

Наши исследования показали, что непродолжительное дыхание с использованием дополнительного мертвого пространства приводит к достоверному снижению систолического, диастолического и среднего артериального давления. В тоже время отмечается увеличение напряжения регуляторных систем, возрастает доля центральных регуляторных компонентов. Показатели статистической обработки ВСР свидетельствуют о повышении активности симпатического отдела вегетативной нервной системы.

ВОЗДЕЙСТВИЕ КОНТРАСТНЫХ ТЕМПЕРАТУР НА ПОКАЗАТЕЛЬ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ЧЕЛОВЕКА

Д.А.Усмаев (III курс, педиатрический факультет),

Х. А. Хасанов (III курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – д.б.н., доц. В.Р. Горст

Кафедра нормальной физиологии (зав. – д.м.н., проф. И.Н.Полунин)

Контрастные температуры являются одними из самых распространенных природных и антропогенных экстремальных факторов, которые приводят к формированию комплексных приспособительных реакций. Воздействие низких температур широко используют для закаливания организма, для повышения его общей резистентности. В то же время при локальном охлаждении конечностей может происходить снижение устойчивости организма к простудным заболеваниям, возникать расстройства регуляции физиологических функций.

Целью данной работы было исследование динамики вегетативного статуса испытуемых при кратковременном локальном воздействии низкой температуры на кожные покровы верхних конечностей. Наблюдение было выполнено на 30 испытуемых 18 – 20 лет. Состояние вегетативной нервной системы оценивали по вегетативному индексу Кердо, индексу функциональной активности симпатической нервной системы, с помощью программно-аппаратного комплекса «Варикард 2.51» и компьютерной программы ИСКИМ 6. До и после эксперимента у испытуемых рассчитывали адаптационный потенциал. Модель локального низкотемпературного воздействия на организм создавали путем погружения предплечья и кисти руки в холодную воду на 5 минут. Температура воды была в диапазоне от 10° до 15° С, что находилось за пределами болевой чувствительности. [1.]

Полученные результаты дают основание выделить несколько видов реакций при локальном действии низкой температуры в зависимости от исходного функционального состояния, тонуса вегетативной нервной системы, типа реактивности организма.

Центральные механизмы регуляции теплообмена

Регуляция теплообмена, а следовательно, и температуры тела, осуществляется, главным образом, *центром терморегуляции*, локализующимся в медиальной преоптической области переднего гипоталамуса и заднем гипоталамусе. Разрушение этого участка гипоталамуса или нарушение его нервных связей посредством перерезки на уровне среднего мозга в экспериментах на животных ведет к тому, что у гомойотермных организмов нарушается контроль за температурой тела. В терморегуляторном центре обнаружены различные по функциям группы нервных клеток — термочувствительные нейроны; клетки, «задающие» уровень поддерживаемой в организме температуры тела («*установочную точку*» терморегуляции), в переднем гипоталамусе; эффекторные нейроны, управляющие процессами теплопродукции и теплоотдачи, в заднем гипоталамусе.

Термочувствительные нервные клетки непосредственно «измеряют» температуру артериальной крови, протекающей через мозг. Эти клетки способны различать разницу температуры в 0,011°С. Аfferентный поток нервных импульсов от терморецепторов кожи, термочувствительных нервных клеток внутренних органов, спинного мозга и других частей тела поступает также в преоптическую область гипоталамуса. На основе анализа и интеграции информации о значении температуры крови и периферических тканей здесь непрерывно определяется *среднее значение температуры тела*.

Данные от температуры тела передаются в группу нервных клеток гипоталамуса, задающих в данном организме уровень регулируемой температуры тела, — «установочную точку» терморегуляции. [2.]

На основе анализа и сравнения значений средней температуры тела и заданной величины температуры, подлежащей регулированию, механизмы «установочной точки» через эффекторные нейроны заднего гипоталамуса воздействуют на процессы теплоотдачи или теплопродукции, чтобы привести в соответствие фактическую и заданную температуру. Посредством центра терморегуляции устанавливается равновесие между теплопродукцией и теплоотдачей, позволяющее поддерживать температуру тела в определенных пределах. [3.]

В нейрональных механизмах, обеспечивающих интеграцию температурной афферентации и оценку текущей температуры тела, участвуют норадреналин и серотонин. В механизмах, определяющих «установочную точку», играют роль ацетилхолин и соотношение в гипоталамусе концентраций ионов натрия и кальция. В эффектор-ных механизмах теплопродукции и теплоотдачи ведущая роль принадлежит норадреналину и ацетилхолину. В центральных механизмах регуляции теплообмена в нормальных условиях простагландины не имеют существенного значения. Однако при развитии лихорадочных состояний в ответ на действие пирогенов простагландины, по-видимому, приобретают роль своеобразных медиаторов в изменении «установочной точки» терморегуляции.

НАРУШЕНИЯ В СИСТЕМЕ ГЕМОСТАЗА ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Д.А. Усмаев (III курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель – д.м.н., проф. Н.Н. Тризно

Кафедра патологической физиологии (зав. - д.м.н., проф. Н.Н. Тризно)

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), как следствие тромбоза глубоких вен (ТГВ) — нередкое и опасное осложнение, которому подвержены многие больные хирургического и травматологического профиля [Баешко А.А. и др. 1999]. Факторами, инициирующими возникновение ТГВ, являются прежде всего хирургическая агрессия которая активизирует свертывающую систему крови при оперативном вмешательстве, наркоз (миорелаксанты вызывают дилатацию внутримышечных вен и замедление оттока крови из нижних конечностей).

ТГВ нижних конечностей у оперированных и находящихся на постельном режиме больных развивается и протекает, как правило, скрытно, бессимптомно. Болезнь обнаруживает себя лишь у одного из 8 больных с верифицированным диагнозом ТГВ.

Результаты перспективных когортных исследований свидетельствуют о том, что в течение 4—6 недель после абдоминального вмешательства частота тромбоза глубоких вен может достигать 25%, а частота ТЭЛА в тот же временной промежуток колеблется в пределах 0,13—0,63%. У больных, перенесших длительное (более 1 ч) хирургическое вмешательство, риск развития ТГВ на амбулаторном этапе лечения в 2 раза превышает аналогичный показатель стационарного периода.[1].

Эпидемиологические исследования с применением радиоактивного фибриногена показали, что частота развивающегося в послеоперационном периоде ТГВ не соответствует общепринятой клинической оценке, а значительно выше. Она колеблется в широких пределах, что зависит во многом от контингента больных, профиля лечебного учреждения, вида операции, составляя в среднем 28 — 33%.[2].

Внедрение в клиническую практику методов мининвазивной эндоскопической хирургии позволило снизить риск послеоперационных осложнений и на фоне этого доминирующую позицию начали занимать ТГВ и ТЭЛА. Частота ТГВ после эндоскопических операции составляет от 11,1 до 18,3%.

Перенесенный ТГВ не проходит бесследно. Примечателен такой факт: у 21 — 34% лиц, перенесших ТГВ, развивается рецидив заболевания, который в 15% наблюдении приводит к ТЭЛА. При этом некоторые больные переносят в течение первых 5 лет несколько тромботических и/или эмболических эпизодов.

Если больной переживает острый эпизод ТЭЛА, ему угрожает развитие тяжелой хронической гипертензии малого круга кровообращения с прогрессирующей сердечно-легочной недостаточностью. Распространенный тромбоз глубоких вен нижних конечностей и таза в долгосрочной перспективе ведет к формированию посттромбофлебической болезни, вплоть до развития трофических язв. Еще более тревожна статистика летальности, обусловленно ТЭЛА, которая развивается в результате миграции тромботических масс из ветвей нижней поллой вены в систему малого круга кровообращения. Сегодня это осложнение ТГВ становится одной из наиболее частых причин смерти оперированных больных с благоприятным прогнозом жизни. Оно обуславливает около 50% случаев летального исхода после таких распространенных операций, как аппендэктомия, холецистэктомия, грыжесечение, оперативных вмешательств по поводу острой кишечной непроходимости, гинекологической патологии, онкологии и составляет 6 — 25% послеоперационной летальности в хирургических стационарах.[3].

Опасность ТЭЛА, помимо ее связи с летальным исходом, заключается еще и в том, что, как известно, у части больных, перенесших массивную эмболию (преимущественно с окклюзией главных ветвей легочной артерии), тромбы не лизируются. Организация и реканализация их приводят к сужению либо окклюзии сосудов легких и развитию хронической постэмболической легочной гипертензии.

Целью настоящей работы явилось изучение реакции системы гемостаза при абдоминальной патологии путем моделирования острой кишечной непроходимости.

Исследование проводилось на 30 самцах беспородных лабораторных крыс средней массой 230. Крысы были разделены на группы: 1 группа контрольная, 2 группа опытная в послеоперационном периоде на 1-е, 3-и, и 7-е сутки. Второй этап исследования состоял в заборе, исследовании крови и оценки состояния коагуляционного гемостаза — общие коагуляционные тесты (активированное частичное тромбоиновое время (АЧТВ); протромбиновое время (ПТВ); тромбоиновое время (ТВ)). Проводили сравнительный анализ данных, полученных на следующих этапах: 1-ые сутки после операции — 1 этап; 3-и сутки — 2 этап и 7-е сутки — 3 этап.

Определение показателей системы гемостаза проводилось с помощью диагностических тест-систем. Нарушения гемостаза, свойственные ОКН, приводят к изменению коагуляционного гемостаза. Наблюдалось снижение показателей ПТВ, ТВ, АПТВ относительно данных контрольной группы. Таким образом, у крыс с ОКН в послеоперационном периоде по скрининговым показателям ПТВ, ТВ, АПТВ выявлены: гиперкоагуляция, нарастание активности тромбоцитарного звена, что характерно для острого течения ТГС с интенсивным расходом факторов свертывания крови.

ВЛИЯНИЕ СЕРОВОДОРОДГАЗОВЫХ ПОЛЛЮТАНТОВ НА РЕГУЛЯЦИЮ АГРЕГАТНОГО СОСТОЯНИЯ КРОВИ

Ю.М. Чичков (I курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – д.м.н., проф. Н.Н. Тризно

Кафедра патологической физиологии (зав. - д.м.н., проф. Н.Н. Тризно)

В Астраханском регионе большую долю всех поллютантов составляет сероводородсодержащий газ Газоперерабатывающего комплекса. Плохое состояние окружающей среды влияет на все ткани и органы человека. Кровь и система гемостаза являются одними из самых чувствительных компонентов гомеостаза. Отсутствие представлений о механизме действия H₂S-содержащего газа на систему гемостаза является причиной недостаточной эффективности профилактики и терапии возникающих нарушений, в том числе в системе свертывания крови. Установлено, что в механизме отравления серосодержащим газом, наряду с признаками дыхательной, гемической, циркуляторной гипоксии, прослеживается формирование и тканевой гипоксии. На фоне формирующейся в живом организме токсической гипоксии смешанного типа не может не изменяться система гемостаза. Рассматривая данные изменения в качестве причины формирования стрессовой реакции, можно ожидать, универсальную реакцию повышения свертывания крови со стороны системы регулирования агрегатного состояния крови (РАСК). Это влечет за собой тромбообразование.

Целью настоящей работы явилось изучение реакции системы гемостаза на хроническое воздействие сероводородсодержащего газа.

Материалы и методы. Исследования были выполнены на 40 белых крысах линии Вистар (из вивария Института по изучению лепры, г. Астрахань) обоего пола, в возрасте 200-800 суток, средней массой 234,0±23,1 г. Хроническое воздействие сероводородсодержащего газа моделировалось согласно гигиеническим нормам к требованию выполнения и воспроизведения эксперимента [4] ингаляцией воздушной смеси с концентрацией на уровне 300мг/м³ по H₂S. Экспериментальные исследования проводились в осенне-зимний период с целью исключения влияния сезонных биоритмов. Контрольная группа помещалась в камеру на то же время, но с обычным составом газовой среды [1,3]. Модель экспериментальной хронической интоксикации на животных создавали при помещении их в атмосферу с контролируемым газовым соотношением в течение 4-х часов 5 дней в неделю [4]. Крысы были разделены на 3 группы – контрольную (10), подвергавшихся воздействию H₂S в течении 1мес. (10), подвергавшихся воздействию H₂S в течении 2 мес.(20).

Производилось определение активированного парциального тромбопластинового времени свертывания (АПТВ), антитромбированного резерва плазмы (АРП, антитромбина III) и тромбинового времени с использованием набора тест-систем фирмы «Ренам».

Заключение. Данные, полученные в результате исследования, говорят об активации системы свертываемости крови в обеих группах крыс и истощения противосвертывающей системы крови при длительном воздействии газа. Если в 1-ой группе изменения гемостаза незначительны, то крысы подвергавшиеся воздействию сероводородсодержащего газа в течение 2-х месяцев, имели более грубые нарушения гемостаза, выражающиеся в гиперкоагуляции и развитии генерализованного тромбоза [2]. Результаты исследования могут послужить основой для поиска средств, воздействующих непосредственно на ключевые звенья гемостаза.

ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ КРОВИ КРЫС РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ СУБТОКСИЧЕСКИХ КОНЦЕНТРАЦИЙ СЕРОСОДЕРЖАЩЕГО ГАЗА

Е.А. Кононенко (III курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – д.м.н., проф. Н.Н. Тризно

Кафедра патологической физиологии (зав. - д.м.н., проф. Н.Н. Тризно)

Перекисное окисление липидов (ПОЛ) носит общебиологический характер и является необходимым метаболическим звеном. Оно протекает в здоровом организме и связано с процессом постоянного обновления липидного слоя клеточных мембран, с синтезом ряда гормонов, медиаторов, окислительным фосфорилированием, липолитической активностью и активностью ряда ферментов. ПОЛ может осуществляться по ферментативному и неферментативному механизмам.

Ферментативное ПОЛ способствует модификации мембранных фосфолипидов, выполняет функции синтеза БАВ, детоксикации, метаболизма ксенобиотиков и эндогенных субстратов. Этот процесс локализован на ограниченных участках мембран и осуществляется НАДФ-зависимыми оксигеназами эндоплазматического ретикула со смешанной функцией.

Неферментативное перекисное окисление липидов обладает выраженным разрушительным характером, что приводит к структурным нарушениям клеточных элементов и гибели самих клеток. Согласно общепринятым концепциям, высокая скорость неферментативного ПОЛ является основным универсальным механизмом повреждения и гибели клеток. В белках окисляются некоторые аминокислоты. В результате разрушается структура белков, между ними образуются ковалентные "сшивки", всё это активирует протеолитические ферменты в клетке, гидролизующие повреждённые белки. Активные формы кислорода легко нарушают и структуру ДНК. Неспецифическое связывание Fe^{2+} молекулой ДНК облегчает образование гидроксильных радикалов, которые разрушают структуру азотистых оснований. Но наиболее подвержены действию активных форм кислорода жирные кислоты, содержащие двойные связи, расположенные через CH_2 -группу. Именно от этой CH_2 -группы свободный радикал (инициатор окисления) легко отнимает электрон, превращая липид, содержащий эту кислоту, в свободный радикал.

Активация перекисного окисления характерна для многих заболеваний: дистрофии мышц (болезнь Дюшенна), болезни Паркинсона, при которых ПОЛ разрушает нервные клетки в стволовой части мозга, при атеросклерозе, развитии опухолей. Перекисное окисление активируется также в тканях, подвергшихся сначала ишемии, а затем реоксигенации, что происходит, например, при спазме коронарных артерий и последующем их расширении.

Однако существуют молекулы, которые способны блокировать реакции свободнорадикального окисления, восстанавливая разрушенные соединения. Это антиоксиданты. Когда антиоксидант отдаёт свой электрон окислителю и прерывает его разрушительное шествие, он сам окисляется и становится неактивным. Для того чтобы вернуть его рабочее состояние, его надо снова восстановить. Поэтому антиоксиданты, как опытные оперативники, обычно работают парами или группами, в которых они могут поддержать окисленного товарища и быстро восстановить его. Например, витамин С восстанавливает витамин Е, а глутатион восстанавливает витамин С.

Важную роль в организме играют антиокислительные ферменты. Это супероксиддисмутаза (СОД), каталаза и глутатионпероксидаза. СОД и каталаза образуют антиоксидантную пару, которая борется со свободными радикалами кислорода, не давая им возможности запустить процессы цепного окисления. Глутатионпероксидаза обезвреживает липидные перекиси, обрывая тем самым цепное перекисное окисление липидов. Для работы глутатионпероксидазы необходим селен. Поэтому пищевые добавки с селеном усиливают антиоксидантную защиту организма.

Антиоксидантными свойствами в организме обладают многие соединения. Это токоферолы, каротиноиды, аскорбиновая кислота, антиокислительные ферменты, женские половые гормоны, коэнзим Q, тиоловые соединения (содержащие серу), некоторые аминокислоты, белковые комплексы, витамин К и многие другие.

Несмотря на довольно значительное количество информации о природе ПОЛ, агентах, участвующих в этом процессе и биологических эффектах его сопровождающих, взаимосвязь ПОЛ и характера микрогемодикуляции в условиях воздействия газообразных серосодержащих поллютантов исследована далеко недостаточно.

Целью исследования явилось изучение перекисного окисления липидов плазмы крови и эритроцитов крыс в постнатальном онтогенезе в условиях экспериментального воздействия субтоксических концентраций газообразных серосодержащих поллютантов.

Материалы и методы: для этого мы провели эксперимент на 24 белых нелинейных крысах-самцах. Были сформированы 2 группы экспериментальных животных: 1) контрольная группа; 2) группа крыс, подвергающихся воздействию серосодержащих поллютантов. Каждый тип состоял из 4 групп по 3 особи в каждой.

У животных обеих групп для определения уровня ПОЛ плазмы и эритроцитов забиралась кровь из хвостовой вены. В качестве токсического агента был применен промышленный дегидратированный природный серосодержащий газ астраханского месторождения.

В экспериментах использовалась концентрация серосодержащего газа в 30 раз больше предельно допустимой концентрации сероводорода для рабочих зон при одновременном присутствии углеводов.

Ингаляционная экспериментальная затравка животных серосодержащим газом проводилась 4 часа в осенне-зимние сезоны статическим методом с одновременным нахождением в камере 6 особей ежедневно в течение 30 дней, за исключением воскресных дней, строго с 10 до 14ч, температура в камере составляла $+22 \pm 2^\circ C$, запотевания стенок камеры отмечено не было.

Контрольными являлись крысы аналогичных возрастных групп, которые по 6 особей для минимизации стрессорных эффектов находились также 4 часа в герметически закрытой затравочной камере в тех же условиях, что и опытные, но без присутствия серосодержащего газа.

Результаты исследования: Как показали результаты исследования, наибольшая интенсивность процессов (ПОЛ) и в плазме крови и в эритроцитах контрольных животных, представленных через содержание

в данных объектах малонового диальдегида (МДА), зафиксирована в неполовозрелом периоде постнатального онтогенеза. Данный факт может найти своё объяснение с позиций выраженной нестационарности процессов метаболизма и адаптации на данном этапе существования организма, необходимой для согласования интенсивного роста и дифференцировки морфо-функциональных систем организма с условиями внешней среды.

К зрелому периоду онтогенеза интактных животных содержание МДА, отражающее уровень ПОЛ, значительно снижается в плазме крови и в эритроцитах, причем в плазме высокостатистически достоверно ($P < 0,01$), отражая, вероятно, гармонизацию метаболических процессов и структур организма, необходимую для качественной передачи наиболее полноценной генетической информации потомкам.

В дальнейшем к старческому периоду онтогенеза интенсивность ПОЛ у контрольных животных постепенно увеличивается. В плазме этот процесс статистически достоверен, а в эритроцитах имеет характер тенденции, что, вероятно, отражает более высокую филогенетическую стабильность мембранных структур клеточных элементов крови.

Субтоксическое воздействие газообразных серосодержащих поллютантов резко изменяет вышеописанное состояние ПОЛ в плазме крови и эритроцитах, энергично интенсифицируя его. При этом эффекты токсического воздействия накладываются на онтогенетическую норму.

Активнее всего повышается уровень ПОЛ в результате действия газообразных серосодержащих поллютантов в эритроцитах и плазме крови крыс неполовозрелого периода онтогенеза. Так, содержание МДА в эритроцитах повышается на 67%, а в плазме крови на 92%.

Столь значительная интенсификация ПОЛ на данном этапе онтогенеза может найти своё объяснение в нестабильности ферментных систем, отвечающих за антиоксидантную защиту, в силу их неполной сформированности. Однако, мы снова наблюдаем большую устойчивость процессов ПОЛ в отношении экзогенного токсиканта в эритроцитах по отношению к плазме крови. Можно высказать предположение, что это объясняется большей стабильностью ферментных систем, ассоциированных с цитомембраной эритроцита.

Наиболее резистентными в плане воздействия газообразных серосодержащих поллютантов на процессы ПОЛ в эритроцитах и плазме крови являются крысы зрелого периода развития. Увеличение содержания МДА после такого воздействия составляет для эритроцитов 51%, а для плазмы крови – 78%.

В дальнейшем резистентность антиоксидантной системы крови по отношению к газообразным серосодержащим поллютантам начинает постепенно уменьшаться, но даже в старческом периоде онтогенеза экспериментальных животных она не достигает такого низкого уровня, как в неполовозрелом периоде развития. Так, содержание МДА в эритроцитах возрастает на 61%, а в плазме на 84%.

Таким образом, в результате экспериментального исследования состояние ПОЛ в плазме крови и в эритроцитах крыс в норме и в условиях субтоксических концентраций газообразных серосодержащих поллютантов выявлено, что такое воздействие резко и высокостатистически ускоряет процессы ПОЛ как в плазме, так и в эритроцитах. Это выражается в увеличении концентраций одного из конечных продуктов ПОЛ – МДА. Наиболее велика такая интенсификация в молодом периоде онтогенеза, что позволяет сделать достаточно обоснованное предположение об особой чувствительности ПОЛ-АОЗ к серосодержащим поллютантам в молодом возрасте крыс и о значительном влиянии подобного изменения физико-химических свойств составляющих крови на ее реологические свойства.

ТАБАКОКУРЕНИЕ И ЕГО ТЕНДЕНЦИИ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ ГОРОДА АСТРАХАНИ

М.Л. Ясуев, Б.Б. Джанаралиев, З.К. Исмаилова
(IV курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель – ст. преподаватель Д.Д. Мехренгин
Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф
(зав. – к.п.н., доц. Н.Н. Касаткин)

Цель: провести анализ о распространенности табакокурения среди Астраханских подростков.

Материалы и методы: Было опрошено 200 подростков нашего города (100 девочек и 100 мальчиков). Возрасте от 8 до 17 лет (средний возраст составил 15 лет). Провели анонимное анкетирование среди подростков нашего города.

Результаты и обсуждение: Оказалось, что из 200 подростков доля курящих 33% (66) и 67% (134) не курящие. Из курящих 59,09% (39) мальчики и 40,91% (27) девочки. Средний возраст курильщика составил 13 лет. В структуре причин чтоб бросить курение доминирует вред здоровью 86,4%(57), затем 9,1%(6) - не знают; 4,5% (3) - надоело. Ни один из подростков, бросивший курить, не отметил, что сделал это по совету врача или педагога. Также мы отмечаем прирост количества сигарет в день с каждым годом. Подростки нашего города отмечают такие причины как: интерес 48,5%(32); 35%(23.) из-за компании; 9% (6) чтоб выглядит старше; 4,5% (3) проблема на учебе и 3%(2) не знают, почему они вообще начали курить.

Выводы: таким образом, «курение»- это хроническое рецидивирующее заболевание, для лечения которого необходимо разрабатывать новые методы. И данное заболевание с каждым годом увеличивается среди подростков нашего города.

БИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

О ПИТАНИИ СТУДЕНТОВ I КУРСА АГМА В ТЕЧЕНИЕ ДНЯ

Х.С. Дадаева (I курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – доц. к.б.н. Комарова Г.В.

Кафедра медицинской биологии (зав. – д.м.н., проф. Л.Г. Сентюрова)

Разные люди подходят к вопросу о питании не одинаково. Для одних пища – это наслаждение вкусом, для других, в частности, студентов – просто утоление голода. И немногие осознают, что главная задача питания – восстановление энергии, расходуемой нами за день. Поэтому неправильное, несвоевременное питание и нездоровая пища может в конечном итоге привести к проблемам со здоровьем. Согласно официальной статистике, до 90% всех болезней – следствие неправильного питания, и, как было установлено, в 80-85% случаев излечение возможно одной лишь диетой под названием «лечебное питание», и потому этот вопрос крайне актуален в наше время, а эти знания нужны не только больному человеку, но и могут помочь здоровому.

Рациональное питание – одна из форм потребления пищи, основанная на разделении белков, так как переваривание этих продуктов является взаимоисключающим процессом. Это питание оправдывает себя как диетическое, и в настоящее время много популярных диет основано на его принципах. Раздельное питание способствует лучшему усвоению пищи и может назначаться как система питания для желающих похудеть.

Мы практически не знаем, что питание можно координировать в соответствии с нашей группой крови. Каждая из 4 существующих на земле групп крови (система АВ0) – это своя система защиты против инфекций, вирусов, бактерий, которая сформировалась на протяжении тысячелетий. [1]

После переваривания пищи наша кровь вступает в химическую реакцию с продуктами переработки. «Не своя» пища способствует накоплению лектинов – веществ со склеивающим эффектом, нарушающих работу организма.

Наоборот, пища, соответствующая определенной группе крови, не только питает, но и лечит. Существуют и нейтральные продукты, без пользы и вреда для организма.

Люди с I группой – это «охотники», крайне энергичные люди, которые и дня не могут прожить без куска мяса, но совершенно равнодушные к зерновым.

Обладатели второй группы – «земледельцы». Для них полезны блюда из сои, зерновых, фрукты, морепродукты. Вредно для них любое мясо, сыр, яйца.

Обладатели третьей группы – «кочевники». Здоровое питание для них – сбалансированное, для них полезны мясо (баранина, крольчатина), все молочное, рисовая и овсяная крупы. Вредно мясо кур, соя, орехи, помидоры.

4 группа – «новые люди». Полезно: соя, баранина, йогурт, сметана, арахис, ананас, чеснок. Вредны: говядина, белая рыба, моллюски, кукурузное и подсолнечное масла, бананы, соль и уксус.

Цель работы: выяснить особенности питания студентов I курса в течение дня методом опроса и сравнения.

Был проведен опрос среди студентов первого курса педиатрического факультета и школьников и сравнены результаты.

Всего опрос прошли 150 человек, 120 студентов и 30 школьников. Если школьники все 16-17 лет, то студенты имеют больший возрастной интервал – 16-21 лет (таблица 1). У школьников более организованный режим питания (86% питаются 3-4 раза в день), в то время как большую часть пищи получают во второй половине дня (63% - 1-2 раза в день и 72% - после 10 часов ночи). Однако, 63% студентов знают свою группу крови, а школьников это, видимо, не очень заботит: только 27%, а ведь эта информация будет полезна в случае травмы, да и при выборе индивидуального рациона может пригодиться. Но, если соотнести группы крови и полезные для них продукты, можно заметить, что студенты, приехавшие в Астрахань на время учебы, куда больше ценят пищу мясного происхождения, а у местных студентов рацион более сбалансирован по основным компонентам (белки, углеводы, липиды), возможно, это связано с местом проживания, с культурными и национальными особенностями. Ко всему прочему, ни студенты ни школьники не брезгуют фаст-фудом и газированными напитками, что в совокупности с редким употреблением свежих овощей и фруктов, конечно, не остается без последствий – около 43% процентов страдают различными заболеваниями пищеварительного тракта, причем приезжие студенты, по их словам, абсолютно здоровы, что при каждодневном нарушении рациона питания свидетельствует о редком посещении ими врача.

В заключение хочу взять на себя смелость предложить всем заменить таблетки, которые мы глотаем часто при незначительных болях, полноценными продуктами питания, которые могут нас вылечить гораздо эффективнее и безопаснее, чем некоторые лекарственные препараты.

PARASITIC DISEASES AND TOURISM.

Ш. Чипепера (I курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – асс. А.Л. Ясенявская

Кафедра медицинской биологии (зав. – д.м.н., проф. Л.Г. Сентюрова)

Currently, millions of tourists at any time of the year in a short period travel great distances, moving around the globe. Traditionally, tourism demand in the country with a warm climate - the tropics and subtropics. Peculiarities of tropics are in the original tropical climate, flora and fauna, also the existence of a number of diseases that are specific to this climatic zone.

Found that in the period of stay in the tropics and for the return of more than 30% of tourists from developed countries have gastrointestinal symptoms, more than 16% - respiratory pathology, insect bites (over 8%), and skin problems (6%) [3,4].

According to the WHO, is registered to 300 million cases of malaria each year. The problem of importation of this infection remains actual for non-endemic areas. More than 30% of febrile patients after a trip to Africa diagnosed with malaria and dengue fever [3].

There have been cases of trichinellosis of Japanese tourists when visiting Taiwan [2], the importation of African trypanosomiasis in non-endemic areas. In this case, there is a difference of the clinical course of infection in non-endemic areas compared with endemic, leading to diagnostic errors, late treatment and disease progression [5]. Cases of invasive schistosomiasis, strongyloidiasis, filariasis, toxocarosis, the risk of which increases with the duration of stay in the endemic area [1], are registered, also fatal cases of visceral leishmaniasis are registered [3].

All this points to the importance of the problem of health care of travelers and the need to develop specialized branch of medicine - medical tourism. To effective work in this area is necessary to know the regional pathology of territory of stay, the methods of effective and sufficiently rapid diagnosis, modern methods of treatment and prevention.

PARASITIC DISEASES IN RECIPIENTS OF ORGANS AND TISSUES.

М.К. Макунгу (I курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – асс. А.Л. Ясенявская

Кафедра медицинской биологии (зав. – д.м.н., проф. Л.Г. Сентюрова)

Development of transplantation accompanied by new medical problems associated with post-transplant complications in the form of infectious and parasitic diseases in recipients of organs and tissues. Parasitic diseases in recipients arise from transfer of pathogens from the donor transplant or a blood transfusion, reactivation of invasion and infection in usual way [4]. The clinical manifestation of post-transplant parasitosis can be divided into two groups: 1) acute systemic disease affecting various organs (such as malaria, visceral leishmaniasis, toxoplasmosis, disseminated strongyloidiasis, and 2) the localized symptoms of destruction of individual organs (intestinal protozoosy, strongyloidiasis) [1]. Parasitic disease in recipients of organs and tissues is more severe than usual, due to a reduction in the application of immunity drugs for the prevention of graft rejection.

Malaria parasites (*Plasmodium vivax*, *P. falciparum*, *P. ovale*, *P. malariae*) in the human body are located in red blood cells, plasma and hepatocytes. Affected erythrocytes of malaria parasites adhere to the endothelium of blood vessels of internal organs. These features lead to the fact that the malaria parasite can be transmitted through blood transfusions and organ and tissue transplantation. Malaria can be activated in recipients due to the development of red blood cell stages during treatment with immunosuppressive therapy. The clinical course of malaria in recipients is more severe than usual, due to low immunity [1].

Visceral leishmaniasis (*Leishmania* spp.) most often develops in the organism of recipient. There are single cases of mucosal and cutaneous leishmaniasis. In endemic regions visceral leishmaniasis is often asymptomatic; the agent for several years may be stored in macrophages and transmitted by blood transfusion and organ transplantation. Asymptomatic infection can be activated in recipients and donors against immunosuppression [2].

Toxoplasmosis (*Toxoplasma gondii*) is a serious complication of transplantation of organ and tissue. The peculiarities of the life cycle of toxoplasma provide different opportunities for transmission of the parasite in the transplantation of organs. Circulating and tissue macrophages may contain bradyzoites of toxoplasma, any tissue can contain tachyzoites. Activation of toxoplasmosis by reducing host's immunity is associated with the conversion of bradyzoites in tachyzoites that causes cell damage and clinical symptoms. Risk of transmission of toxoplasma is high in organ containing cysts, for example, heart [3, 5].

Strongyloidiasis (*Strongyloides stercoralis*) often accompanies transplantation of organs and tissues. Cases of the activation of invasion are described after transplantation of liver, heart, lung and combined transplantation of heart and kidney. In organism of the recipients of bone marrow strongyloidiasis appears earlier and is more severe than that of recipients of organs, due to more intensive immunosuppression [6].

Also described a number of other parasitic and infectious diseases, including American trypanosomiasis (*Trypanosoma cruzi*), microsporidiosis (*Microsporidium* spp.), hymenolepiasis (*Hymenolepis nana*), schistosomiasis (*Shistosoma mansoni*) and echinococcosis (*Echinococcus* spp) [1].

Infectious and parasitic complications are a common cause of death in recipients than the reaction of graft rejection. Development of strategies for prevention, diagnosis and treatment of parasitic diseases in recipients of new challenge experts in parasitology.

ВОПРОСЫ ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ В ПОВСЕДНЕВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РОССИИ

А.Н. Воробьева (IV курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – ст. преподаватель. Д.Д. Мехреньгин

*Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф
(зав. – к.п.н., доц. Н.Н. Касаткин)*

Сегодня хозяйка на кухне, все равно что рабочий на химическом заводе. В бытовой химии есть хлор, диоксид серы, этиленгликоль. По классификации военной токсикологии – это боевые отравляющие вещества. Стиральные порошки, моющие средства, гели, аэрозоли...вокруг сплошная химия. Токсичные испарения, которые выделяют данные предметы быта чрезвычайно вредны и опасны для здоровья. Как предотвратить отравление бытовой химией или свести к минимуму воздействие поражающих факторов – этому посвящено наше исследование.

Теоретически возможно отравление любым физиологически активным соединением, однако на практике чаще наблюдаются отравления наиболее распространенными в быту веществами, но, как показывает статистика, и их число составляет около трехсот наименований.[1]

По мнению некоторых авторов, среди основных этиологических факторов острых химических отравлений значительно выделяются:

- отравления спиртосодержащей продукцией – 53,8%;
- ядовитыми газами и парами – 23,4%;
- неустановленные яды – 10,9%;
- отравления лекарственными препаратами – 5,2%;
- отравления другими мониторируемыми видами (растворители, эссенции, ядовитые вещества и другие) – 4,8%;
- отравления от наркотических веществ – 2%.[2]

В нашей же работе представлены примеры отравлений клеем, косметическими кремами и лосьонами, отравления туалетной водой, губной помадой и косметической пудрой, а так же средствами для обесцвечивания и окраски волос и т.д. Компоненты, входящие в состав данных косметических продуктов, такие как этиловый спирт, хлорформ, спермацет, а так же различные кислоты и щелочи, воздействуя на слизистые способны вызывать их отек, тем самым создавая угрозу жизни. А ароматические вещества и красители являются аллергенами.[3, 4] Выделены так же случаи отравлений меламинами и пластиковой посудой. Эти предметы быта опасны из-за содержания в своем составе формальдегида и бисфенола А соответственно. В связи с этим, учитывая способность последнего растворяться в воде, бисфенол А беспрепятственно попадает в пищевые продукты и хорошо всасывается в кровь. Последствия же данной реакции отнюдь не утешительны – при опытах на животных, было доказано негативное влияние данного вещества на репродуктивную функцию.[5]

Согласно данным II Общероссийской студенческой электронной научной конференции, а так же анализируя информацию из СМИ можно с уверенностью утверждать, что за последние 5 лет (2007-2012) в России участились случаи отравлений детскими игрушками.[6] Только в этом году были зарегистрированы случаи во Владимирской и Московской областях, Уральском федеральном округе, городе Бишкек (Киргизия). Проблема в том, что диагноз "отравление игрушкой" в России не ставится или ставится редко. Эксперты отмечают, что симптомы очень схожи с пищевым отравлением или банальной аллергической реакцией, сопровождающейся высыпаниями на коже. Скорее всего, заблуждаются не только родители, но и лечащие врачи. Благодаря содержанию в своем составе пластиизола и фенола, родительская любовь может дорого обойтись здоровью ребенка.

Острые отравления химической этиологии наносят обществу не только медицинский, но также существенный экономический и социальный ущерб. При этом не учитывается социальный ущерб от преждевременно утраченной репродуктивной функции у женщин и мужчин фертильного возраста, уровень которой и так является одной из главных причин неблагоприятной демографической ситуации в стране.

РАЗРАБОТКА МЕТОДА ВЫДЕЛЕНИЯ И ОЧИСТКИ ДНК ПРЕСНОВОДНОЙ ГУБКИ

Г.Ю. Юркулиева (V курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – д.м.н., проф. А.А. Николаев, М.В. Плосконос

Кафедра общей и биоорганической химии (зав. – д.м.н., проф. А.А. Николаев)

Процесс биосилификации или биологического формирования аморфного кремнезёма, довольно широко распространён в природе. Проблема формирования кремниевого скелета губок интересует учёных во всём мире.

Однако до недавнего времени объектами их исследования являлись преимущественно морские губки. В спикулах морских губок, после растворения их в плавиковой кислоте или ее солях, были найдены белки, обладающие ферментативной активностью и способные гидролизовать эфиры кремниевой кислоты с образованием аморфного кремнезема (Shimizu et al., 1998; Cha et al., 1999; Krasko et al., 2000; Weaver, Morse, 2003). Эти белки получившие название силикатеины, входят в состав аксиального филамента - центральной «нити», вокруг которой происходит отложение кремнезема и формирование скелетных элементов губок - кремниевых игл, или спикул.

В настоящее время появилась потребность использовать ДНК для выращивания специализированных материалов благодаря концепции направленной эволюции. Ученые из Калифорнийского университета Санта-Барбары (UCSB) впервые использовали генную инженерию и молекулярную эволюцию для разработки ферментативного синтеза полупроводников. Используя силикатеины, - протеины, ответственные за формирование скелетов из двуокиси кремния (кремнезема) в морских губках, - исследователям удалось сгенерировать новые минеральные архитектуры, направляя развитие этих энзимов. Двуокись кремния, известная также как кремний, является основным материалом в большинстве производимых полупроводников. Создав пул генов силикатеина - комбинации и рекомбинации различных силикатеиновых генетических материалов - ученые смогли создать множество силикатеинов и затем выбрать материал с желательными свойствами.

Несомненно, что биологические методы самосборки полупроводниковых систем может стать в ближайшем будущем ведущим направлением нанотехнологии.

Астраханская область является уникальным биологическим резервуаром генетического разнообразия. В том числе в нашей области возможно заготовление пресноводных губок. Накопление уникальной генетической информации исчезающих видов может послужить основой новых технологий, в данном случае развитию компьютерной техники. Задача нашего исследования - разработка метода выделения ДНК пресноводной губки (*Spongillalacustris*) с максимальным выходом генетического материала и с минимальными повреждениями цепи ДНК.

Нами предпринято исследование образцов сырья, собранного в дельте Волги в сезон 2010 и 2011 годов. Организмы, выросшие в природной среде отличаются в той или иной степени по своему составу. Содержание биологически активных веществ как в качественном, так и в количественном отношении значительно меняется в зависимости от состава среды обитания и условий существования (температура, pH, поступление кислорода, степени инсоляции и др.), а так же от возраста входящих в состав организма клеток, а поэтому могут значительно разниться на протяжении не только ряда лет, но и в течение различных сезонов одного года. Именно поэтому сбор сырья проводился в августе месяце - как наиболее благоприятном сезоне для этого вида. Собранные губки высушивали без прямого доступа солнечных лучей и растирали в порошок, содержащий не более 6% влаги. Экстракт бодяги готовили на 1,0% растворе хлорида калия. Конечная концентрация сухого вещества в экстракте составила 2,4%. На следующей стадии лизис клеточных мембран происходит в лизис-буфере: под воздействием поверхностно-активных веществ и хоатропных солей происходит разрушение липидного бислоя. Состав лизис-буфера подобран нами в ходе эксперимента и эффективность его оценивалась по объему осадка после центрифугирования при 10000 об/мин в течении 30 мин.

После разрушения клеточных стенок и лизиса мембран образуется мультикомпонентная смесь (раствор), содержащий, в том числе, ДНК. Традиционно очистка раствора ДНК проводится с помощью методов органической экстракции (с помощью фенола, хлороформа). Мы применяли фенольную экстракцию на холоду (-4°C). Фракцию, содержащую ДНК, собирали не центрифугированием, как это принято, а на делительной воронке. Такой подход позволил однократно повысить выход ДНК на 8,5%. Видимо, при центрифугировании часть ДНК связывается с денатурировавшими белками клеток пресноводной губки. Оценку качества экстрагированной ДНК проводят на основании измерения оптической плотности раствора ДНК в области нуклеинового и белкового спектров поглощения, т.е. при 260 и 280 нм, соответственно. Для чистых образцов ДНК соотношение оптических плотностей, полученных при 260/280 нм, составило 2,43. Осадок ДНК мы подвергали лиофилизации для полного удаления органических растворителей, что также практически не используется в химии нуклеиновых кислот. После растворения лиофилизата в калий-магнийевом буфере раствор вновь подвергали лиофилизации для конечного ампулирования и хранения.

СОН И ЕГО РОЛЬ В РЕЖИМЕ ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ АГМА

Р.Н. Джумагалиева, А.Е. Цветкова

(I курс, лечебный факультет)

Научный руководитель - ассистент А.М. Мазлов

Кафедра медицинской биологии (зав. - д.м.н., проф. Л.Г. Сентюрова)

Сон - крайне важная физиологическая составляющая нашей жизни. Ученые уже много лет изучающие механику сна приходят к выводу, что это сложный структурированный и организованный процесс.

Здоровый сон необходим всем людям, каждая стадия такого сна очень важна для полноценного восстановления организма. Отсутствие здорового сна уничтожает иммунитет, здравомыслие, понижает работоспособность, выбивает из колеи даже самых сильных и здоровых людей.

Сон – это естественное состояние человеческого организма, сопровождающееся снижением активности основных жизненных процессов и последовательным всплеском активности отдельных участков головного мозга, которые позволяют четко выделить две фазы сна: медленный сон и быстрый сон.

С целью изучить особенности сна у студентов, было проведено исследование. В опросе приняли участие 120 человек – студенты 1 курса АГМА. Для получения необходимой информации была разработана анкета.

На вопрос «Хорошо ли Вы спите?» большинство студентов выбрало ответ «Да, сплю хорошо, но мало» (72%),

«Сколько времени у Вас уходит на сон?» - «5-6 часов» (52%), хотя в норме продолжительность сна составляет 7-9 часов, поэтому ежедневный недосып по 2-3 ч в течение недели у студента значительно снижает внимание, память и настроение.

Хронический недосып ведёт к появлению сонливости, вялости. Сонливость – это расстройство сна, сопровождающееся постоянным или периодическим желанием уснуть во время, не предназначенное для сна.

На вопрос «Ощущаете ли Вы в течение суток чувство сонливости?» большинство студентов, не задумываясь, дали положительный ответ (92%).

А ведь сонливость, кроме чувства усталости и апатии, снижает физическую и умственную активность. Спрашивая «Сколько времени Вы тратите на подготовку к занятиям?», мы получили ответ «5 часов и более» (92%), т. е. на подготовку домашнего задания студент тратит больше времени, вследствие недосыпа, т. к. у студентов умственная работоспособность снижается на 7–15%.

Как борьба с сонливостью студентами АГМА используется следующее: приходя с занятий, на 1,5-2 часа большинство студентов ложатся спать. Поэтому на вопрос «Когда вы приступаете к выполнению домашнего задания?» 56% опрошенных заявили «В ночное время», однако, по мнению специалистов, наиболее подходящим периодом для сна время с 22-23 до 7-8 часов утра.

Около 80% студентов борются с сонливостью при помощи кофе либо еды, а 20% пользуются своими собственными методами, например: умываются, употребляют цикорий и т.д.

Самыми популярными ответами на вопрос «Высыпаетесь ли Вы?» стали – «Иногда», «Редко» - 44 % и 32% соответственно.

Гигиеной сна предусматривается отход и подъем в одно и то же время, с незначительно разницей во времени. Тишина, затемнение окон, приток свежего воздуха, но не сквозняка – обязательные условия полноценного сна. «Что в большей степени способствует нарушению сна студента?» опрос показал, что к нарушению сна у 52% первокурсников ведёт интернет и соц.сети, у 16% - свет.

Особое значение полноценный сон приобретает в период сессии, когда студентам приходится осваивать много информации. Именно тогда студент должен спать не менее 8 часов. Если же сон ограничивать 5 - 6 часами, то это понизит способность к усвоению материала и в конечном итоге ослабит организм.

Также вреден чрезмерно продолжительный сон. Если спать слишком долго, нарушается кровообращение, работа органов пищеварения. Все студенты должны знать, что напряженную умственную или физическую работу необходимо прекратить за 2 часа до ночного сна. Если пренебречь этим правилом, вы столкнетесь с затруднениями при засыпании, да и сам сон станет менее крепким. Не употребляйте алкоголь или кофе перед сном. Хоть алкоголь и вызывает сонливость, но он не позволит вам выспаться. И, наверное, самое главное – не употреблять пищу перед сном. Последний прием пищи должен быть не позднее, чем за 2 часа до сна. Обильная и в особенности жирная еда заставит вашу пищеварительную систему работать, в том время, как мозг будет отдыхать. Но и на голодный желудок ложиться спать нельзя. Желательно перед сном съесть что-нибудь лёгкое, например фрукты.

ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ КОМПОНЕНТОВ СРЕДСТВ ГИГИЕНЫ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

О.С. Дугужева (I курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель – и.о.доц. к.м.н. Берлякова Е.М.

Кафедра медицинской биологии (зав. – д.м.н., проф. Л.Г. Сентурова)

Сегодня в большей части товаров, которые мы покупаем ежедневно, присутствуют дешевые, но плохо проверенные химические вещества массового производства (в составе продукта они обозначаются в форме различных Е, а также словами идентичный натуральному, усилитель вкуса, усилитель цвета и т.д.)[1]. Цена этих продуктов, казалось бы, не слишком высока, но... подчас за свою беспечность и доверчивость мы платим ценой своего здоровья, а иногда – жизни. Иммунитет организма дает возможность быть подверженной влияниям окружающей среды. Например, при нанесении шампуней и кремов на тело, они постепенно впитываются в кожу и накапливаются в жировых тканях, а также в печени, почках, органах репродукции и мозге. Хотя производители данной продукции говорят, что этого не происходит, но факты говорят сами за себя: врачи находят

промышленные пластификаторы-фталаты в моче, консерванты-парабены – в опухолях молочных желез, искусственные ароматизаторы и антибактериальные средства – в молоке кормящих матерей. При медицинских исследованиях было установлено, что ароматические вещества могут провоцировать астму, моющие средства, входящие в состав шампуней, – повреждать слизистую оболочку глаз, а химические вещества, используемые для окрашивания волос, – вызывать рак мочевого пузыря и лимфому. Еще большее число компонентов, применяемых в средствах личной гигиены, находится у специалистов под подозрением в качестве потенциальных источников риска. Вот некоторые из опасных веществ, которые наиболее часто встречаются в шампунях: - Cosamidopropylbetaine-Кокамидопропилбетаин. Влияние на организм: Вызывают дерматиты, сухость и раздражение кожи головы. Cosamide MEA – Кокамид MEA. Влияние на организм: Вызывают рак (проверено на лабораторных животных) - Sodium laureth/lauryl sulfate – Лаурет сульфат/ лаурилсульфат натрия (SLS)[2]. Использование в продуктах потребления: Обнаружен в 90% коммерческих шампуней, а также в многих других косметических продуктах, особенно кремах для кожи и зубных пастах. SLS запрещен к использованию в пенях для ванн, т.к. оказывает вредное воздействие на защитные способности кожи, тем самым вызывая сыпь и увеличивая риск инфекционного заболевания. Найден SLS также в промышленных чистящих средствах. В лабораториях при проведении тестов используется в качестве раздражителя для проверки эффективности лекарственных средств. Влияние на организм: Разнесенный по всему организму кровеносной системой, SLS накапливается в сердце, печени, легких, мозге и глазах. Он может спровоцировать следующее:

1. Рак (SLS вступает в реакции с другими химическими элементами и образует нитрозоамины и диоксаны, вызывающие рак).

2. Гормональная дисфункция (SLS способен изображать действие гормонов и разрушать механизмы, контролирующие повседневные функции организма; известно, что SLS подражает эстрогену, мешая половому развитию и правильной работе репродуктивной системы)

3. Болезни глаз (SLS особенно легко и быстро поглощается клетками глаза (не посредством прямого контакта с глазом, а через корни волос, впитывающие SLS) и нарушает их работу и развитие, особенно у детей)

4. Повышенная чувствительность кожи (SLS нарушает способность кожи выступать барьером для вредных веществ, увеличивая вероятность аллергических реакций и усиливая их проявление)

5. Сухость кожи (агрессивный SLS разъедает защитные липиды, находящиеся на поверхности кожи, и она теряет способность удерживать влагу). - METHYLPARABEN/PROPYLPARABEN - Метилпарабен/пропилпарабен. Используют для длительного сохранения продукта. Влияние на организм: 1. Разрушает эндокринную систему: парабены способны изображать действие эстрогена, тем самым препятствуя половому развитию и снижая репродуктивную функцию

2. Очень часто вызывает аллергические реакции. -DMDM HYDANTOIN–DMDM-гидантоин . Влияние на организм: Вызывает рак легких и разрушает ДНК (проверено в лабораторных тестах) -BENZOICACID – Бензойная кислота Влияние на организм:

1. Содержит канцерогенные бензольные кольца и толуол, являющиеся также разрушителями гормонов и вызывающие врожденные дефекты у потомства

2. Вызывает раздражение дыхательных путей, глаз и кожи -PROPYLENE GLICOL - Пропиленгликоль - нефтехимическое соединение, которое используется в качестве главного ингредиента в тормозной жидкости и антифризе, равно как и в косметических продуктах, таких как детский лосьон и тушь для ресниц. Влияние на организм: Является нейротоксином и вызывает дерматит, ведет себя как сосудистый, противоплазматический яд, вызывая дистрофические изменения в печени и почках (проверено на лабораторных животных), а также препятствует размножению клеток. -TETRASODIUM EDTA – ЭДТА натрия. Используется в моющих средствах, сельскохозяйственных химикатах и фармацевтических продуктах. Облегчает очищение волос, связывая частицы грязи и тяжелых металлов. Влияние на организм: 1. ЭДТА плохо разлагается микроорганизмами, поэтому, введенная однажды в какую-либо среду, она растворяет тяжелые металлы, позволяя им включиться в пищевую цепь. Тяжелые металлы (их существует около 20) токсичны для организма человека и отрицательно влияют на поведенческие, психологические и познавательные процессы. 2. Вызывает раздражение глаз и кожи. -PARFUM/ FRAGRANCE- Парфюмерная композиция. Необходим для создания «натурального, травяного» аромата. Существует приблизительно 5000 ингредиентов ароматических добавок, 95% которых созданы в лаборатории, и многие – из нефтехимических продуктов. Фактические ингредиенты держатся в секрете. Влияние на организм:

1. Ингредиенты на основе нефти могут вызывать рак, врожденные дефекты у потомства, расстройство центральной нервной системы и аллергические реакции.

2. Парфюмерные композиции – наиболее частая причина возникновения аллергических реакций от использования косметических продуктов[3]. Мыло. Сейчас мы пользуемся продукцией, которая в первую очередь направлена на приношение прибыли компаниям, за счёт чего продукция не всегда является качественной. Например, мыльная пена образуется благодаря наличию в моющих средствах едкого натра. При подсчётах на килограмм жировой основы мыла приходится 425 грамм этого щелочного вещества. А у кожи реакция слабейшая. От чего щелочь действует как наждак, буквально сдирая с кожи защитный слой. Из-за чего наша кожа становится сухой и появляются разные кожные проблемы. Особенно чувствительны к раздражающему действию мыла маленькие дети. При выборе мыла стоит обратить внимание на присутствие двух самых нежелательных составляющих: пропилен гликоля и лаурил сульфат натрия. Такое мыло лучше не покупать. Пропилен

гликоль вытесняет из глубоких слоев кожи на поверхность важные компоненты, вызывая в ряде случаев повреждение почек и нарушения в работе печени. Пропилен гликоль часто содержится также в увлажнителях для тела и пенах для ванн. Лаурил сульфат натрия удаляет жир, но при этом сушит кожу, вредит глазам и печени. Заменители пропилен гликоля и лаурила не менее вредны. Но совершенно безвредных моющих средств – сколько бы они не стоили – не бывает. Заключение Таким образом, вместо химических средств лучше использовать природные, которыми тысячелетиями пользовались люди, и можете быть не только уверены, но и будете иметь более здоровую кожу.

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ВРЕМЕННОГО ФАКТОРА НА СКОРОСТЬ НАСТУПЛЕНИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО СНА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ У МЛЕКОПИТАЮЩИХ

Н.А. Алехина, Т.Р. Шахбанова (I курс, лечебный факультет),

М.А. Насрулаева (II курс, лечебный факультет)

Научные руководители – ассистент В.С.Красовский

Кафедра медицинской биологии (зав. – д.м.н., проф. Л.Г. Сентюрова)

Биоритмы млекопитающих подразделяются на физиологические и экологические. Физиологические ритмы, как правило, имеют периоды от долей секунды до нескольких минут. Это, например, ритмы давления, биения сердца и артериального давления. Экологические ритмы по длительности совпадают с каким-либо естественным ритмом окружающей среды.

Центральное место среди ритмических процессов занимает циркадианный (циркадный) ритм, имеющий наибольшее значение для организма. Поскольку организмы обычно находятся в среде с циклическими изменениями ее условий, то ритмы организмов затягиваются этими изменениями и становятся суточными.

Циркадианные биоритмы являются базисными для человека и животных. Их назначение заключается в приурочивании максимальной биологической активности к определенному времени суток, наиболее благоприятному для деятельности данного организма [1,2].

Цель работы: определить влияние фактора времени на скорость введения лабораторных животных в медикаментозный сон.

Ход работы:

Объектом исследования послужили 24 беспородные крысы средним весом 180 грамм, в возрасте 3 месяца. Все животные содержались в стандартных условиях вивария, отдельно друг от друга. Каждое животное вводили в медикаментозный в первые минуты каждого часа.

В качестве анестезирующего вещества использовали раствор хлороформа в дозе 1 мл/180гр

Животное помещали в специализированную камеру, пары хлороформа постепенно заполняли её, и оно впадало в сон.

Засекалось время вхождения и пробуждения лабораторного животного в медикаментозный сон.

Протокол эксперимента был составлен в соответствии с принципами биоэтики, правилами лабораторной практики (GLP); с приказом МЗ РФ №267 от 19.06.2003, "Об утверждении правил лабораторной практики", (Минздрав СССР №755 от 12.08.1977), а также положениями "Хельсинской Декларации по вопросам медицинской этики" (1989).

Материалы обрабатывались на персональном компьютере с помощью программ "Microsoft Office Windows 2003", "Microsoft Office Excel 2003".

Результаты исследования:

В ходе исследования выявлены следующая скорость вхождения и пробуждения лабораторного животного от медикаментозного сна (Таб. 1.):

Таблица 1.

Время действия медикаментозного сна

Время суток, часы	Время вхождения в наркоз, секунды.	Время пребывания в наркозе, секунды.
00.00	304	203
01.00	281	221
02.00	243	239
03.00	216	247
04.00	180	279
05.00	164	296
06.00	155	325
07.00	139	349
08.00	127	365
09.00	111	388
10.00	100	408

11.00	93	427
12.00	90	450
13.00	95	422
14.00	102	403
15.00	124	384
16.00	142	366
17.00	166	342
18.00	178	321
19.00	190	296
20.00	213	280
21.00	239	241
22.00	266	223
23.00	290	210

Из таблицы видно, что максимально быстрое наступление медикаментозного сна характерно для 12.00 часов дня, в это же время наблюдается самое длинное действие хлороформа. Обратный эффект характерен для 00.00 часов, когда происходит максимальная активность жизненных процессов крыс, вследствие чего наблюдается повышение сопротивляемости к вхождению в медикаментозный сон в 3 раза.

Выводы:

Суточного аспекта имеет прямое воздействие на скорость введения лабораторных животных в медикаментозный сон.

СУТОЧНЫЕ КОЛЕБАНИЯ ОБЩЕГО БЕЛКА В ГЕПАТОЦИТАХ ПЕЧЕНИ.

Л.С. Данилова, А.С. Кенембаева

(I курс, лечебный факультет),

М.А. Насрулаева (II курс, лечебный факультет)

Научные руководители – асс. В.С. Красовский, д.м.н., проф., зав. кафедрой медицинской биологии Л.Г. Сентюрова, д.м.н., проф., зав. кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии С.А.Зурнаджан
Кафедра медицинской биологии (зав. – д.м.н., проф. Л.Г. Сентюрова)
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомией (зав. – д.м.н., проф. С.А.Зурнаджан)

Одним из важнейших достижений эволюции является ритмичность жизненных процессов. На протяжении всей жизни организм существует в условиях ритмических колебаний, которые характеризуются различной периодичностью и частотой от нескольких секунд (ритмы мозга, сердца, дыхания) до недельных, месячных, сезонных и многолетних, как это часто происходит с обменными и эндокринными процессами [1,3].

Доказано, что любому организму присущи ультрадианные (период меньше 20 ч), циркадианные (околосуточный период), инфрадианные (околонедельный период), сезонные и многолетние биоритмы. В настоящее время наибольший интерес представляет исследование инфрадианных и циркадианных ритмов [2].

Цель работы: определить изменения циркадианных колебаний содержания общего белка в гепатоцитах печени крыс.

Ход работы:

Объектом исследования послужили 24 беспородные крысы, самцы, средним весом 180 грамм, в возрасте 3 месяца. Все животные содержались в стандартных условиях вивария, отдельно друг от друга. Каждое животное выводили из эксперимента в первые минуты каждого часа.

Животное помещали в специализированную камеру, вводили в медикаментозный сон, после чего, перемещали на устройство для фиксации лабораторных животных (патент № 110976) и приступали к эксперименту.

В качестве анестезирующего вещества использовали раствор хлороформа в дозе 1 мл/180гр.

Протокол эксперимента был составлен в соответствии с принципами биоэтики, правилами лабораторной практики (GLP); этическим нормам, изложенным Женевской конвенции (1971), "Международных рекомендаций по проведению медико-биологических исследований с использованием животных" (1985); с приказом МЗ РФ №267 от 19.06.2003, "Об утверждении правил лабораторной практики", (Минздрав СССР №755 от 12.08.1977).

У каждого выведенного из эксперимента лабораторного животного брали исследуемый орган для изготовления гистологических микропрепаратов. Микропрепараты изготавливали с помощью микротомы. Для получения микропрепаратов с помощью микротомы исследуемые участки органа подготавливали стандартной гистологической проводкой и заключали в парафин. После получения гистологических срезов проводилась их окраска. Использовались методы окраски гематоксилином и эозином, по Ван - Гизон и окраска прочным зеленым при pH 2,2.

Количественное определение белка проводилось с помощью комплекса «Морфолог». Определение концентрации белка проводилось в 400 гепатоцитах в цитоплазме клетки. В качестве объекта исследования использовался участок из V сегмента печени.

Материалы обрабатывались на персональном компьютере с помощью программ "Microsoft Office Windows 2007", "Microsoft Office Excel 2007".

Результаты исследования:

В ходе исследования выявлены следующие колебания общего белка (см. Таб. №1.):

Таблица 1.

Колебания общего белка в гепатоцитах печени самцов крыс в зависимости от времени суток (в усл. ед.)

Время суток, часы	Количество белка, усл. ед.	Достоверность данных Правило "трех сигм".
00.00	4801±16	***
01.00	4757±13	***
02.00	4698±24	***
03.00	4649±07	***
04.00	4602±10	***
05.00	4579±11	***
06.00	4546±10	***
07.00	4493±15	***
08.00	4451±13	***
09.00	4404±08	***
10.00	4364±11	***
11.00	4321±16	***
12.00	4220±10	***
13.00	4349±15	***
14.00	4420±13	***
15.00	4499±10	***
16.00	4529±12	***
17.00	4566±09	***
18.00	4604±17	***
19.00	4648±18	***
20.00	4708±05	***
21.00	4734±15	***
22.00	4761±13	***
23.00	4831±12	***

Среднеквадратическое отклонение использовалось для реконструкции вариационного ряда, восстановления его частотной характеристики на основе правила "трех сигм". В интервале $M \pm 3\sigma$ находится 100% всех вариантов ряда.

На гистограмме (см. рис. №1) отчетливо видно статистически достоверное снижение общего белка в цитоплазме гепатоцитов к 12 часам, что подтверждается данными таб. №1.

Из гистограммы видно, что максимальное количество общего белка в гепатоцитах печени крыс приходится на 23 часа и составляет 4831 ± 12 , минимальное в 12 часов - 4220 ± 10 усл. ед. Приблизительно равные средние значения общего белка в 4 и 18 часов и составляли 4602 ± 13 и 4604 ± 17 усл. ед. соответственно, а также в 7 и 15 часов - 4493 ± 16 и 4499 ± 10 усл. ед. соответственно. С 23 до 12 часов наблюдалось постепенное снижение количества общего белка, с 12 до 23 часов происходит постепенное увеличение.

Таким образом, можно отметить, что уменьшение метаболической активности работы гепатоцитов наблюдается у крыс к 12 часам. После 12 часов начинается активация синтетических процессов в гепатоцитах, к 23 часам содержание общего белка становится максимальным.

ГЕНЕТИЧЕСКИ МОДИФИЦИРОВАННЫЕ ПРОДУКТЫ

Д.А. Усмаев (III курс, педиатрический факультет),

Г.С. Толихаджиев (I курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – и.о. доц. к.м.н. Берлякова Е.М.

Кафедра медицинской биологии (зав. – д.м.н., проф. Л.Г. Сентюрова)

Генная инженерия – совокупность экспериментальных приемов, позволяющих в лабораторных условиях создавать организмы с новыми наследственными признаками, используя метод т-рансгеноза.

Проблема целенаправленного изменения наследственности издавна занимала умы ученых. Однако долгое время единственным путем получения организмов с полезными для человека свойствами были скрещивание и селекция, применявшиеся для выведения пород домашних животных, сортов растений.

В связи с развитием генной инженерии, учеными многих стран было решено заняться развитием биотехнологии, чтобы с ее помощью создавать и производить в больших количествах продукты с измененной генной структурой, которые бы обладали важными для человека свойствами. Например, для сельскохозяйственной продукции это – повышение урожайности по сравнению с аналогичным не модифицированным на генном уровне злаком, овощем или фруктом. В сфере торговли – это увеличение срока хранения и реализации продукта за счет частичного изменения его генотипа.

Эти идеи в свое время были приняты научной общественностью с воодушевлением и ликованием. На них возлагались большие надежды на избавление человечества от угрозы голода. Ученые считали достижения биотехнологии едва ли не панацеей от надвигающейся проблемы. Но тогда никто не знал последствий применения генно-модифицированных продуктов (ГМП).

Согласно российскому законодательству, продукция, содержащая от 5% компонентов ГМП, должна иметь соответствующую маркировку. Но, по мнению «Гринпис», многие производители с законом не считаются.

Генетически измененные продукты могут стать причиной массы проблем для нас и наших детей, больше всего от них могут пострадать дети, пожилые люди и люди с ослабленным иммунитетом. Факты опасности ГМП:

1. Генная инженерия в корне отличается от выведения новых сортов и пород. Искусственное добавление чужеродных генов сильно нарушает точно отрегулированный генетический контроль нормальной клетки. Манипулирование генами коренным образом отличается от комбинирования материнских и отцовских хромосом, которое происходит при естественном скрещивании.

2. В настоящее время генная инженерия технически несовершенна, так как сложно предвидеть место встраивания и эффекты добавленного гена.

3. В результате искусственного добавления чужеродного гена могут образоваться опасные вещества. В худшем случае это могут быть токсические вещества, аллергены или другие вредные для здоровья вещества.

4. Не существует совершенно надёжных методов проверки на безвредность. Более 10% серьёзных побочных эффектов новых лекарств невозможно выявить, несмотря на тщательно проводимые исследования на безвредность. Степень риска того, что опасные свойства новых, модифицированных с помощью генной инженерии продуктов питания, останутся незамеченными, вероятно, значительно больше, чем в случае лекарств, и через некоторое количество поколений людей.

5. Знания о действии на организм и окружающую среду модифицированных с помощью генной инженерии организмов, привнесённых туда, совершенно недостаточны. Экологами высказаны предположения о различных потенциальных экологических осложнениях. Например, имеется много возможностей для неконтролируемого распространения потенциально опасных генов, используемых генной инженерией, в том числе передача генов бактериями и вирусами [1,3].

6. Могут возникнуть новые и опасные вирусы [2]. Экспериментально показано, что встроенные в геном гены вирусов могут соединяться с генами инфекционных вирусов, такие новые вирусы могут быть более агрессивными, чем исходные. Вирусы могут стать также менее видоспецифичными. Например, вирусы растений могут стать вредными для полезных насекомых, животных, а также людей.

7. Генная инженерия не поможет решить проблему голода в мире. Утверждение, что генная инженерия может внести существенный вклад в разрешение проблемы голода в мире, является научно необоснованным мифом.

8. Аллергенность: ГМП может передавать возможность аллергической реакции от одного ресурса питания к другому (например, ген ореха, внесенный в сою порождает сою, которая может стать причиной аллергической реакции для людей, которые имеют аллергию к орехам). Риск развития пищевых аллергий у маленьких детей резко увеличивается. Особенно опасно широкое распространение использования ГМП в детском питании.

На протяжении всей человеческой истории люди постоянно сталкиваются с проблемами питания и заболеваниями пищеварительной системы. Эти проблемы присутствовали в жизни человека и до изобретения трансгенных продуктов, и присутствуют сейчас. А генетически модифицированные компоненты лишь усугубляют положение со здоровьем и питанием. Таким образом, генная инженерия и биотехнология не справились с угрозой голода и не оправдали возложенных на них надежд.

ВЛИЯНИЕ УТРЕННЕГО РАЦИОНА НА УМСТВЕННУЮ АКТИВНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА

А. И.Евдошенко, (I курс, лечебный факультет)

И. В. Рыбалкина (I курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – ассистент А.М.Мазлов

Кафедра медицинской биологии (зав. – д.м.н., проф. Л.Г. Сентюрова)

Деятельность человеческого мозга во многом зависит от рациона питания, которое мы ему поставляем. При неправильном питании и образе жизни деятельность мозга может намного ухудшиться. Как считают исследователи, мозг наших древних предков увеличился в размерах именно благодаря улучшению рациона

питания. Наш интеллект зависит от пищи, которую мы употребляем. Чтобы это доказать, мы провели научную работу, доказывающую, что утренний рацион непосредственно влияет на умственную работоспособность, активность, сообразительность и логическое мышление в течение целого рабочего дня. Для этого мы провели опрос, проводившийся в виде тестовых вопросов, состоящий из двух частей:

- 1) Тестовые вопросы на выявление типа питания.
- 2) Тестирование, выявляющее умственную активность опрошенного.

Для получения точного результата мы опросили 100 человек, и подведя итоги, выяснили:

49 человек (49%), из общего числа опрошенных, питаются плохо, и более того есть серьезная опасность здоровью. В их рационе преобладает жирная, сухая и соленая пища (бутерброды, чипсы). Здоровая, полезная пища употребляется ими редко. Результаты тестирования, выявляющего умственную активность и логическое мышления дали довольно низкие результаты, так как внимание опрошенных было рассеяно и они не смогли дать верные ответы. (до 34%)

31 человек (31%) опрошенных питаются немного лучше, и угрозы для здоровья не наблюдается, но им стоит пересмотреть своё отношение к завтраку, иначе это приведет к снижению уровня их активности. В их рационе помимо жирной и сухой пищи нашли место углеводная и, изредка, белковая пища. Результаты тестирования – средние. (35- 51%)

17 человек (17%) опрошенных питаются хорошо, умело находя «золотую середину» в выборе блюд. Их рацион наиболее разнообразен, в нем присутствуют белки, углеводы и жиры (в малом количестве) Результаты тестирования – выше среднего. (60-70%)

И всего лишь 3% (3 человека) опрошенных питаются отлично(около 3 раз в неделю употребляют овощи и фрукты, и ежедневно – белки и глюкозу), что подтверждается высоким уровнем сообразительности и внимательности, и, соответственно, результат – высокий. (80-95%)

Хотелось бы заметить, что многие считают такие популярные продукты питания, как шоколад, бананы, да и вообще сахар в чистом виде - наилучшим продуктом для быстрой стимуляции мозга. Да, это и, правда, так. Для правильной и полноценной работы нашему мозгу требуется глюкоза, причем в немалых количествах. Но сахара бывают различные, а потому не все сладкое так полезно. Сахаросодержащие продукты, конечно, весьма быстро, за несколько минут, «просветляют мозг» вследствие того, что сахар весьма быстро распространяется по крови. Впрочем, не менее быстро инсулин поглощает данный сахар, и за активной умственной деятельностью идет резкий спад и успокоение. Так что, как видите, сахар в чистом виде - палка о двух концах. Хорошие новости заключаются в том, что глюкоза имеется в некоторых углеводах, употребление которых не вызывает подобного резкого спада. Съев утром на завтрак нужный продукт, можно не сомневаться, что его действие продлится, не несколько минут, а гораздо дольше. Такими продуктами питания являются крахмалистые углеводы: хлеб, рис и прочие зерновые продукты, орехи, бобы, а так же картофель. Постоянно питаясь этими продуктами на завтрак, школьники и студенты приобретают прекрасную основу для эффективных умственных занятий, подкрепляя свой мозг на весь учебный день. Еще можно сказать, что самой лучшей едой для перекуса во время напряженной умственной деятельности будет считаться не традиционная шоколадка либо сладкий газированный напиток, а булочка с орехами.

Главной задачей нашего исследования стало стремление обратить как можно больше внимания на то, какую пищу вы выбираете, для того чтобы улучшить ясность мышления, а также увеличить уровень умственной активности.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

А.Ф. Заворотынская (V курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – ст. преподаватель. Д.Д. Мехреньгин

Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф
(зав. – к.п.н., доц. Н.Н. Касаткин)

"Человечество не погибнет в атомном кошмаре - оно задохнется в собственных отходах" (Нильс Бор).

Экологическое состояние Астраханской области и г. Астрахани можно оценивать по двум основным критериям: физико-химическому состоянию окружающей среды и медико-токсикологическому состоянию организма человека. Эти показатели являются связанными, однако, при проведении комплексной оценки следует учитывать их раздельно. Рассматривая данный регион как относительно автономную экосистему, можно оценивать загрязнение атмосферного воздуха, природных вод, почвенного покрова и продуктов питания, т.е. основных источников поступления этого экотоксиканта в организм человека..

Поскольку атмосфера является наиболее динамичной составляющей природной среды, то она наиболее быстро реагирует на изменение загрязняющих веществ, в том числе тяжелых металлов. Содержание загрязняющих веществ в атмосферном воздухе оказывает непосредственное влияние на организм человека. В организм человека с воздухом поступают: сероводород, диоксид серы, углекислый газ и диоксид азота. ПДК для загрязняющих веществ в воздухе - ни по одному из этих компонентов высокого загрязнения, т.е. более 5 ПДК, по Астрахани и области не наблюдается уже много лет.

Пробы атмосферного воздуха на содержание загрязняющих веществ в различные годы последнего десятилетия отбирали на контрольно-замерных постах стандартной сети мониторинга. В регионе действует восемь стационарных постов, которые расположены как в городе, так и по области, прежде всего в районе влияния Астраханского газового комплекса, в г. Нариманове, п. Досанг и п. Аксарайский.

Основные источники загрязнения атмосферного воздуха - ООО "Астраханьгазпром", ООО "Астраханьэнерго". Основные источники загрязнения водных объектов - ЖКХ г. Астрахань, морской транспорт.

Ежегодно в Астраханской области регистрируется три тысячи новых случаев онкологических заболеваний. В среднем 1800 больных умирает.

Источники загрязнения реки Волги - промышленные и коммунальные предприятия. Наблюдение за загрязнением поверхностных вод Нижней Волги по гидрохимическим и гидробиологическим параметрам проводится лабораторией мониторинга загрязнения поверхностных вод Астраханского ЦГМОС на 5 водотоках: по основному руслу Волги на участки от с. Цаган – Аман до с. Ильинка.

Астраханская область, расположенная в низовьях этой реки испытывает повышение содержания загрязнений собранных с огромной территории водосбора. Чтобы решить эту проблему нужно запретить сбросы загрязненных вод от промышленных предприятий и ливневых и сточных вод многочисленных городов, расположенных на реках волжского бассейна. В этом случае также актуальна модернизация современного производства в направлении циклического использования воды на предприятиях. Канализационные и ливневые воды населенных пунктов необходимо перед сбросом подвергать тщательной очистке. Показатели загрязнения питьевой воды в Астраханском регионе ниже, чем в других районах РФ, о чем свидетельствуют пробы питьевой воды. Однако распространение химических веществ по рекам сохраняется. Особенно остро стоит проблема, связанная с очистительными сооружениями и канализациями. Эти объекты плохо функционируют. В результате вода после паводка застаивается, гниет, образуя очаг заболеваний.

Применение пестицидов негативно влияет не только на состояния грунта, но и на качество продуктов питания. Наибольшее количество ядохимикатов применяли при выращивании риса в дельте Волги. Кроме, того несанкционированные свалки еще одна причина захламленности территорий Астраханской области. Такие ядовитые вещества как мышьяк, ртуть, фосфор, свинец для человека являются опасными. Они загрязняют почву и осадками смываются в водоемы. А отходы рыбоперерабатывающей, мясомолочной, пищевой, кожевенной отраслей промышленности, коммунально-бытового и сельского хозяйства являются источником загрязнения почвы микроорганизмами. Среди них могут быть и возбудители болезней человека. Существенный вред почвам Астраханской области наносит ветровая эрозия. Из-за низкого количества осадков, выпадающих на Нижней Волге, водная эрозия почв имеет здесь меньшее значение, чем ветровая. Но, тем не менее, в некоторых районах области можно наблюдать процессы образования оврагов в результате водной эрозии.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕДИКО-САНИТАРНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРИ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ЗЕМЛЕТРЯСЕНИЙ В РОССИИ И ЗА РУБЕЖОМ

Х.Б. Дацаева (IV курс, педиатрический факультет)

О.М. Бабенко (IV курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель – ст. преподаватель. Д.Д. Мехреньгин

Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф

(зав. – к.п.н., доц. Н.Н. Касаткин)

Одной из наиболее частых и страшных природных катастроф являются землетрясения. При сильных землетрясениях нарушается целостность грунта, разрушаются здания и сооружения, выводятся из строя коммунально-энергетические сети. Они уносят десятки и сотни тысяч человеческих жизней и вызывают опустошительные разрушения на огромных пространствах.

Землетрясение представляет собой сейсмические явления, возникающие в результате внезапных смещений и разрывов в земной коре или верхней части мантии, передающиеся на большие расстояния в виде резких колебаний, приводящих к разрушению зданий, сооружений, пожарам и человеческим жертвам. Ежегодно на всей Земле происходит около миллиона землетрясений, но большинство из них так незначительны, что они остаются незамеченными. Действительно сильные землетрясения, способные вызвать обширные разрушения, случаются на планете примерно раз в две недели. Большая их часть приходится на дно океанов, и поэтому не сопровождается катастрофическими последствиями (если землетрясение под океаном обходится без цунами). Статистика последних лет свидетельствует, что землетрясения среди других видов чрезвычайных ситуаций составляют 8%. Этот вид чрезвычайных ситуаций (ЧС) сопровождается человеческими жертвами, ущербом здоровью людей и окружающей природной среде, значительными материальными потерями и нарушением условий жизнедеятельности человека, разрушением лечебно-профилактических учреждений и нарушением функционирования системы здравоохранения на пострадавшей территории. Зачастую по количеству жертв и масштабам причиненного ущерба землетрясение может носить катастрофический характер. Раньше, в древние времена, люди считали, что землетрясения посланы им Богами за грехи. В настоящее время уже изучены почти

все аспекты возникновения, прохождения и последствия землетрясений. Причины возникновения землетрясений бывают разные: тектонические, вулканические, представляющие наибольшую опасность, а также обвальные, наведенные и др.

Необходимо отметить, что вблизи источника землетрясения слышны резкие звуки, на некотором удалении они напоминают раскаты грома или гул взрыва. В горах во время землетрясения возможны обвалы и лавины. Под водой в это время возникают огромные волны, называемые цунами и вызывающие страшные разрушения на суше.

К сожалению, предсказать место и время землетрясения, за исключением нескольких случаев, до сих пор еще не удается, но ученые различных стран прилагают большие усилия в изучении природы землетрясений.

Важно знать, что оповещение людей о надвигающемся землетрясении производится через средства массовой информации: телевидение, радиовещание. Для привлечения внимания в экстренных случаях перед передачей информации включаются сирены, а также другие сигнальные средства. Сирены и прерывистые гудки предприятий, транспортных средств означают сигнал гражданской обороны «Внимание всем».

Проводя анализ, прежде всего, необходимо сравнить меры предосторожности в виде специальных сооружений, устройств и техники, которые принимаются в зарубежных странах и в России для максимального снижения санитарных потерь и материального ущерба. Во-первых, материалы, из которых строят здания в Японии, крепкие, но гибкие. «Гуттаперчевый дом» раскачивается вместе с землей. Во время землетрясения стены, полы, потолки способны гнуться в любую сторону. Также на крышах домов устанавливают «шапки»-противовесы, которые обеспечивают балансировку в любую сторону. В России только вышла федеральная программа «Повышение устойчивости жилых домов, основных объектов и систем жизнеобеспечения в сейсмических районах Российской Федерации» (27.12.2011). В Японии очень хорошо поставлено оповещение о землетрясениях, есть такие телевизоры, которые реагируют на вибрацию, колебания почвы и сообщают о надвигающемся стихийном бедствии. В России, к сожалению, такой системы предупреждения нет.

Промежуток времени, через который было начато проведение спасательных работ: при Сычуаньском землетрясении (12.05.2008) спасательные работы начались через 2 часа; при землетрясении в Нефтегорске (28.05.1995) - через 11 часов.

Масштаб привлеченных сил: при Сычуаньском землетрясении работало 500 тыс. спасателей, а при землетрясении в Нефтегорске - 1600.

Привлеченная техника и формирования средств самообороны: при землетрясении в Японии в марте 2011 года использовались роботы «PackBot 510» и «Warrior 710», для оказания помощи техническому персоналу станции «Фокусима», и вертолеты ВВС и ВМС Японии, специально оборудованные средствами спасения и эвакуации людей. Во время Сычуаньского землетрясения ситуацию отслеживали 15 искусственных спутников Земли. В Нефтегорске были использованы 25 самолетов, 24 вертолета Ми-8 и 66 автомашин. Уже на четвертые сутки количество техники увеличилось до 267 единиц.

Факты мародерства: в Нефтегорске были зафиксированы 29 мая отрядом специального назначения для пресечения мародерства. В Японии не было зарегистрировано ни одного факта мародерства.

Результаты: Провинция Сычуань была полностью восстановлена к концу мая 2010 года. Нефтегорск решили не восстанавливать.

Проанализировав основные показатели, критерии мы можем сделать вывод, что в России существует нерешенность ряда ключевых организационных проблем в области предупреждения, подготовки и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций. Конечно же, надо отметить, что качество проведенных спасательных работ было на высоком уровне, однако по системе предупреждения, по наличию и эксплуатации необходимой техники, специальных сооружений лидируют зарубежные страны, в первую очередь - Япония и Китай. Таким образом, необходима серьезная и динамичная перестройка деятельности органов законодательной и исполнительной власти всех уровней в рассматриваемой сфере, направленная на совершенствование правовой, организационной и материально-технической базы Российской Службы Чрезвычайных Ситуаций (РСЧС) на основе мирового и собственного опыта.

НАЦИОНАЛЬНАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

С.В. Бугуров, А.С. Айрапетова, Р.С. Чолаков, Э.М. Мейланов (IV курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – ст. преподаватель Д.Д. Мехреньгин

Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф

(зав. – к.п.н., доц. Н.Н. Касаткин)

Актуальность рассматриваемой темы заключается в том, что интерес мирового сообщества к проблемам безопасности неуклонно растет. Это неразрывно связано с перманентными кризисными явлениями конца XX - начала XXI в., острота которых напрямую поставила вопрос о дальнейшей судьбе всего человечества.

Динамичные изменения мировой геополитической ситуации, международное положение России и условия ее внутреннего развития, активизация международного терроризма, негативные факторы социально-экономического развития страны ставят перед всеми органами государственной власти актуальную задачу

разработки эффективных мер, направленных на практическое разрешение ключевых проблем обеспечения национальной безопасности.

Цель работы: выявить сущность национальной безопасности Российской Федерации, основы и специфику этого направления.

Задачи работы: проанализировать понятие национальной безопасности; изучить основные составляющие национальной безопасности; рассмотреть угрозы национальной безопасности РФ, ее виды и формы.

Предмет исследования – национальная безопасность Российской Федерации.

Объект исследования - основные закономерности возникновения, формирования и развития отношений в сфере правового обеспечения национальной безопасности Российской Федерации.

Метод исследования – общенаучные и частнонаучные методы познания социально-правовых явлений и деятельности.

В современных условиях основной целью обеспечения безопасности является защита человека и общества, их прав и свобод, создание благоприятных условий для развития личности и государственности, защита всех жизненно важных национальных интересов.

Весь комплекс задач, с которыми сталкивается Россия как на международной арене, так и во внутренней жизни, создает широкий спектр внутренних и внешних угроз национальной безопасности страны. Сложность проблемы обеспечения указанных национальных интересов обуславливает необходимость постоянного развития и совершенствования системы национальной безопасности Российской Федерации.

В практической работе основное внимание уделяется следующим составляющим национальной безопасности Российской Федерации: военной безопасности, мобилизационной подготовке и мобилизации; конституционной безопасности; экономической безопасности; оборонно-промышленной безопасности; общественной безопасности, борьбе с преступностью и коррупцией; пограничной безопасности; информационной безопасности; международной безопасности; экологической безопасности и охране здоровья населения; фармацевтической безопасности.

К наиболее существенным внешним угрозам экономической безопасности России можно отнести: «утечку» умов за границу, «бегство» капитала за рубеж, нарастание импортной зависимости по продовольствию и потребительским товарам.

Основное содержание обеспечения национальной безопасности состоит в поддержании правовых и институциональных механизмов, а также ресурсных возможностей государства и общества на уровне, отвечающем национальным интересам Российской Федерации.

Состояние национальной безопасности Российской Федерации напрямую зависит от экономического потенциала страны и эффективности функционирования системы обеспечения национальной безопасности.

Доктрина информационной безопасности Российской Федерации развивает концепцию национальной безопасности РФ применительно к информационной сфере. Она представляет собой совокупность официальных взглядов на цели, задачи, принципы и основные направления обеспечения информационной безопасности РФ.

Экологическая безопасность (ЭБ) — одна из составляющих национальной безопасности, совокупность природных, социальных, технических и других условий, обеспечивающих качество жизни и безопасность жизни и деятельности проживающего (либо действующего) на данной территории населения (Экологическая доктрина РФ, 2002) и обеспечение устойчивого состояния биотопоса биотопа естественной экосистемы. Система экологической безопасности — это механизм, обеспечивающий допустимое негативное воздействие техногенных и антропогенных факторов на окружающую среду и самого человека.

Фармацевтический рынок в России состоит из трех крупных взаимосвязанных сегментов: оптового, госпитального и розничного. На оптовом рынке в роли продавца выступают компании-производители, в роли покупателей – дистрибьюторы, которые затем продают лекарства аптекам.

В отсутствие государственного контроля ценообразования на лекарства у компаний могут возникнуть стимулы к установлению завышенных цен, что снизит доступность лекарственных средств для общества.

Фальсифицированные медицинские изделия являются серьезной проблемой общественного здравоохранения. Помимо прямого вреда, наносимого больным в виде риска для жизни и неудачного лечения, они создают также угрозу прогрессу, достигнутому в области общественного здравоохранения, и подрывают доверие ко всей системе здравоохранения.

На сегодняшний момент в России фальсифицируются лекарственные препараты почти всех фармакотерапевтических групп – гормональные, противогрибковые, анальгетики.

В заключении рассматриваемой темы следует сказать, что национальная безопасность как сложное явление представляет собой систему взаимосвязанных элементов. Данная система включает в себя определенную совокупность концептуальных установок и положений, социально-политических и правовых институтов и учреждений, определенных средств, методов и форм, позволяющих не допускать или адекватно реагировать на возникающие опасности и угрозы.

МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОТИВОЛУЧЕВОЙ ЗАЩИТЫ

А.Ш. Курмаева, З.М. Абдулварисова

(IV курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – ст. преподаватель. Д.Д. Мехреньгин

Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф
(зав. – к.п.н., доц. Н.Н. Касаткин)

Проблема профилактики радиационных поражений приобретает все большую актуальность в связи с расширением сферы использования источников ионизирующего излучения в различных областях деятельности человека, возможности возникновения аварийных ситуаций на атомных энергетических установках, возрастанием угрозы ядерного терроризма, сохраняющейся возможности применения ядерного оружия в современных войнах.

Опасность техногенных ядерных катастроф, тяжелая экологическая ситуация и частое использование ионизирующего излучения в повседневной жизни выдвигают на первый план проблемы усовершенствования средств защиты для снижения риска воздействия радиационного излучения и организации профилактических мероприятий. Ядерные реакции сопровождаются выделением огромного количества энергии, способствующей разрушениям и радиационным излучениям, что, в свою очередь, приводит к радиационному заражению местности. Радиация опасна для жизни организма тем, что возможно развитие нежелательных соматических, генетических и эмбриотоксических эффектов.

Основной задачей является сохранение жизни и здоровья людей в условиях радиационного воздействия, которое достигается проведением технических и организационных мероприятий, направленных на реализацию основных принципов защиты от ионизирующих излучений – «защиты временем», «защиты расстоянием» и «защиты экранированием». Предохранение человека от заражения радиоактивным излучением в условиях ЧС возможно с помощью физических средств защиты, таких как: индивидуальные средства защиты и использование защитных сооружений ГО. Применение медицинских средств противорадиационной защиты носит вспомогательную роль и обосновано лишь в случае воздействия облучения превышающего допустимый уровень. При этом медицинские средства противорадиационной защиты могут применяться для осуществления профилактических (для повышения устойчивости людей к негативным эффектам ионизирующих излучений) и лечебных (оказание помощи при радиационных поражениях путем использования средств и методов патогенетической и симптоматической терапии) мероприятий [1-2, 5].

В настоящее время в качестве профилактических медицинских средств защиты от лучевых поражений наиболее эффективными являются препараты из групп аминотиолов и цианофоров. Кроме того, многочисленные отечественные и зарубежные исследования в области создания новых средств профилактики и лечения радиационных поражений доказывают эффективность использования стимуляторов гемопоэза. Также установлено, что применение радиопротекторов позволяло уменьшить выраженность ранней постлучевой лейкопении, увеличить темп восстановления количества клеток лейкоцитарного ростка кроветворения [4].

Полученные данные свидетельствуют о перспективности дальнейшей разработки лечебно-профилактических мероприятий, включающих в качестве обязательных компонентов радиопротекторы и средства экстренной помощи при радиационных поражениях; усовершенствование противорадиационной защиты населения в условиях ЧС и организации противорадиационных мероприятий в сферах деятельности, где используются источники ионизирующего излучения [3].

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ, ИНФОРМАТИКА, ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ И КУЛЬТУРОЛОГИЯ

ТАЙНЫ ТРАДИЦИОННОЙ АФРИКАНСКОЙ МЕДИЦИНЫ

А.М. Гуськова (III курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – асс. К.В. Волошенко

Кафедра иностранных языков педиатрического факультета с курсом латинского языка
(зав. – к.ф.н., проф. Л.А. Татарина)

Африканская медицина считается своего рода антиподом медицины и науки цивилизованного мира. Но африканские колдуны, лекари и знахари, наблюдая за природой, изучая свойства растений и цветов, их влияние

на организм, делали сенсационные открытия не только одновременно с европейскими врачами, но часто — намного раньше.

Традиционная африканская медицина — это совокупность традиционных приемов, технологий и верований, применяемых народами Африки в медицинских целях. Она включает в себя траволечение, заклинания и ритуалы. В основании традиционной африканской медицины лежит вера, что болезни происходят от нарушения духовного или социального баланса. Этим она отличается от западной медицины, основывающейся на данных естественных наук.[1]

История.

Традиционная африканская медицина берет свои истоки со времен поздней первобытной общины (с IX тыс. до н. э.). Врачевание в этот период развивалось в тесном взаимодействии как с рациональными, так и с фантастическими представлениями о мире. В дальнейшем огромный эмпирический опыт, накопленный путем проб и ошибок, аккумулировался африканскими знахарями, что явилось следующей ступенью в развитии медицины древнейших эпох. Западная наука в прошлом рассматривала методы традиционной африканской медицины как примитивные. Колониальные власти вели борьбу с народными целителями. В то же время власти предпринимали попытки взять под контроль оборот лекарственных трав. В Мозамбике, после обретения ей независимости в 1975 году, целителей посылали в специальные лагеря для перевоспитания. Так как процесс разложения первобытного общества продолжается на африканском континенте и по сей день, исследователям предоставляется уникальная возможность исследовать традиционное врачевание местных племен.[2]

Болезнь в представлении африканского знахаря.

Африканцы верят в высшего Бога, создателя мира, доброго, но очень далекого и недостижимого в своем превосходстве. По этой причине сообщество смертных обращается к более доступным божествам, что порождает политеизм. Эти концепции оставляют свободное поле для деятельности колдунов и фетишистам. Они создают множество второстепенных божеств, духов, поклонение которым и является фетишизмом. Т.о., традиционная медицина Африки тесно связана с верованиями и во многом носит магический характер. Вместо того, чтобы анализировать физические аспекты заболевания, целители изучают его духовные причины, а именно нарушение баланса между пациентом и его окружением, и с миром духов. Естественные причины рассматриваются как инструмент в руках духов или богов. Например, недомогание часто объясняется грехами, нарушением моральных норм человеком, семьей, деревней. Болезни в их представлении посылаются богами в качестве наказания за нарушение универсальных моральных законов.

Мганнга.

Мганнга — это африканский лекарь, знахарь, колдун, профессиональный служитель культа, который был хорошо знаком с местной флорой и фауной и глубже своих соплеменников знал традиции племени (рис. 1). Этот служитель древнего искусства прекрасно владел и средствами контроля над настроением масс, о которых современная психологическая наука только начинает догадываться. Подготовка знахарей всегда проводилась в строжайшем секрете. Знания сохранялись только в избранном кругу, чаще передаваясь от родителей детям. В африканских племенах выбор кандидата на почетную должность знахаря начинался с тяжелых физических испытаний. Большое значение придавалось воспитанию мужества и выдержки. Так, в синполитейных племенах долины р. Убанга мальчики должны были пройти многократную проверку воли, до обморока находясь в задымленной хижине. Второй ступенью являлось испытание терпения: стоя по щиколотку в воде, дети держали в руках большие куски муравейника, откуда выбегали разъяренные насекомые; побеждал тот, кто последним кидался в воду.[3]

Методы лечения продуктами растительного и животного происхождения.

При малярии африканские знахари применяли корень аконита, который вызывает обильное потоотделение, и пилюли из паутины особого вида. Маслом семян шормугры в Африке издавна лечили лепру, а вот белые ученые открыли для себя этот метод только после Первой мировой войны. Язву желудка излечивали настойкой из высушенной перегородки желудка дикобраза. Овечья шерсть помогала при заболеваниях кожи. Экстрактом из улиток обрабатывали носовую полость, а сегодня этот метод используется во всем мире: муцин (экстракт глутамина из улиток) помогает при насморке и ларингите. Знахари племени алур, живущего в верховьях Нила, лечили умопомешательство на какое-то время закапывая больного по горло в муравейник. В последние годы муравьиная кислота использовалась европейскими врачами как тонизирующее средство и как средство для лечения неврастений.

Хирургическая техника.

Африканские знахари не только владели искусством врачевания травами, но и проводили серьезные операции. У кенийских масаи знахари-хирурги могли вынуть поврежденный глаз, ампутировать конечности, удалить гланды, а также провести кесарево сечение и трепанацию черепа. Вместо наркоза «пациентам» давали крепкое банановое вино или миликилу, а обеззараживающим средством для «хирурга» был обычный алкоголь. Кровотечение останавливали методом прижигания раскаленным железом. Рану зашивали намотанной на металлические гвозди крепкой нитью. Глубокие порезы кожи лечили черными муравьями, помещая их в рану так, что насекомые впивались в плоть человека, выделяли особое вещество и таким образом соединяли края раны.

Лечение ядами.

Многие болезни лечились при помощи ядов или же посредством заражения человека другим заболеванием (рис. 2). Так прогрессивный паралич проходил после укусов комаров, зараженных плазмодиями малярии. Профилактикой эндемического возвратного тифа были постоянные укусы клещей семейства Argasidae, которых туземцы всегда носили на себе, и благодаря которым в крови вырабатывались антитела, облегчающие начало следующего приступа. Еще одно старое африканское средство - пчелиный яд. Знахари использовали живых пчел для лечения хронического ревматизма. Это средство было известно также и в средневековой Европе, но лишь в прошлом веке официальная медицина признала его снова.

Отношение к традиционной африканской медицине в наше время.

В последние годы методы традиционной африканской медицины начинают вызывать интерес у западных исследователей и у правительств африканских государств. Развивающиеся страны не имеют возможности создать полноценные системы здравоохранения по финансовым соображениям. В связи с этим они начинают проявлять интерес к традиционной медицине, возникают планы создания континентальной системы здравоохранения на основе традиционной медицины. Примером подобного подхода может служить экспериментальная больница, созданная в Южноафриканском городе Ква-Манга.

Закключение.

Несмотря на доминирование магических методов, африканское врачевание нельзя назвать примитивным. Потому что начавшаяся от инстинкта самосохранения и любви к ближнему народная медицина является точкой отсчета мировой науки и основой для последующего развития человеческой мысли.[4]

СОЮЗ ИСКУССТВА И МЕДИЦИНЫ

Г.Н. Баймуханова (V курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель – асс. Е.В.Бутырина

Кафедра патологической анатомии (зав. – д.м.н., проф. А.Е. Лазько)

Ф.М. Достоевский писал: «Искусство есть такая же потребность для человека, как есть и пить. Потребность красоты и творчества, воплощающего её – неразлучна с человеком, и без неё человек, может быть, не захотел бы жить на свете».

Сила воздействия искусства, на общее состояние и настроение человека и его благотворное влияние на здоровье, были замечены ещё в глубокой древности. Египетские папирусы, с записями, сделанными несколько тысячелетий назад, труды философов и медиков Древней Греции и Древнего Востока таят в себе свидетельства о первых попытках использовать оздоравливающую силу искусства в лечебных целях. История медицины европейского средневековья, эпохи Возрождения и более позднего времени также обнаруживают примеры успешного применения средств искусства некоторыми врачами. Направленное использование различных видов искусства для борьбы с болезнями и для укрепления здоровья достаточно сложно и трудоёмко. Оно требует от врача дополнительной подготовки, определённых познаний в области искусства, знания особенностей восприятия художественных произведений и процесса творчества. Кроме того, для успешного использования средств искусства нужно, чтобы пациенты, проходящие лечение, обладали необходимым уровнем общей культуры и грамотности. В настоящее время использование средств искусства в медицине получило необходимое развитие и сложилось, наконец, в самостоятельные методы или даже разделы психотерапии, такие как музыкотерапия, театротерапия, библиотерапия и другие. Сейчас эти термины, а также более широкое – искусствотерапия, психозстетотерапия и культуротерапия – перестают быть редкостью на страницах медицинских публикаций.

Музыка и пение. Из всех видов искусств именно музыка имеет наиболее широкое и наиболее давнее применения в медицине и по силе своего воздействия, пожалуй, самое могучее среди всех искусств. В работах русских врачей 17-19 вв. С.Т. Зыбелина, М.Я. Мудрова, А.я. Кожевникова и других встречаются рекомендации об использовании музыки для лечения психических расстройств и других заболеваний. «Сим искусством сообщается больным та твердость духа, которая побеждает телесные боли, тоску, метание и которая самые болезни тогда покоряет воле больного» - М.Я. Мудров. Великому русскому невропатологу, психологу В.М. Бехтереву принадлежат много ценнейших методологических советов по использованию музыки в лечебно-профилактических целях, не потерявших свое значение в настоящее время. На основании опыта ученый утверждал, что наиболее сильный и ярко выраженный результат дает классическая музыка, произведения малых форм – романсов, песен и других. Оздоровляющее воздействие музыки эффективно используется не только в психотерапии, но даже и при хирургическом лечении. В операционных музыка начала звучать ещё в начале 20 века. Обычно уже сам вид операционной действует на больного устрашающе, а приятная музыка легче помогает свыкнуться с непривычной, пугающей обстановкой. Не меньшей оздоравливающей силой обладает и другой вид музыкального искусства – пение, которое широко применяется при терапии неврозов, фобий, депрессий. Пение, как эффективное средство, используется в комплексном лечении заболеваний дыхательной системы.

Литература и театр как оздоравливающие факторы. В последние годы прочно заняла свое место среди названий различных видов психотерапии библиотерапия – лечебное воздействие на психику больного человека при помощи чтения книг. В библиотерапии условно выделяют два вида:

Нецеленаправленная библиотерапия, служащая для того, чтобы поднять настроение и отвлечь больного от мыслей о болезни.

Целенаправленная, способствующая воспитанию определенных черт, таких как сила воли, оптимизм, вера в себя.

Индивидуальный план чтения составляет врач совместно с библиотекарем, получившим специальную подготовку. Этот метод уже доказал свою эффективность в лечении не только психопатических состояний, но и соматических заболеваний.

Театротерапия. Используя оздоравливающую силу театра в медицине, прибегают к богатому наследию К.С. Станиславского, выдающегося русского режиссера и актера. К.С. Станиславским была разработана целая система подготовки актера и создание сценического образа. Эти труды имеют мировое признание в сценическом искусстве. Для развития творческой фантазии актера Станиславский рекомендовал в свое время проделывать этюды на предлагаемые обстоятельства. Такие этюды требуют от исполнителя, чтобы он вел себя в соответствии с заданными условиями. А условия и обстоятельства предлагаются разные. Постепенное «вхождение в образ здорового человека» не только помогает изменить отношение к болезни, ощутить прилив душевных сил, но и способствует устранению болезненных ощущений. Этот метод получил название – «имаготерапия». Метод имаготерапии оказывает оздоравливающее действие, когда больной не просто представляет предложенный образ, но и начинает жить его мыслями и чувствами, действовать, перевоплощаясь по методу К.С. Станиславского.

Средства живописи в арсенале лечебных мероприятий. Каждый вид искусства имеет свои неповторимые особенности, свой арсенал художественных средств и по-своему действует на человека.

«Живопись вызывает совершенно особые эмоции, которые не может вызвать никакое другое искусство» - Э. Делакруа, французский художник 19 века.

Произведение изобразительного искусства может привлечь к себе внимания человека и оказывать свое влияние без каких-либо активных действий с его стороны или со стороны окружающих. Живописные полотна могут достигать такой выразительности, что создают иллюзию действительности. Эти возможности изобразительного искусства находят применение в интерьере лечебных кабинетов клиник и санаториев. Реалистическая пейзажная живопись, например, помогает повысить эффективность некоторых видов физиотерапии. Полотна известных художников, ласкающие взгляд и несущие заряд жизнелюбия, - хорошие помощники врачей, а не просто украшение. При подборе картин необходимо проявлять максимум требовательности к их художественному совершенству и тщательно учитывать соответствие их содержанию тем или иным условиям. В лечебном процессе используются знакомство с художественными произведениями и их последующее обсуждение, дискуссии на темы живописи, архитектуры и других искусств.

Искусство обогащает и расширяет мир человеческих понятий и чувств, оно облагораживает человека, пробуждает в нем все лучшее. Поэтому широкое знакомство с достижениями изобразительного искусства в значительной мере может оказывать профилактическое действие при психических нарушениях и срывах. Мир линий и красок безграничен. Безгранично и его благотворное воздействие на человека.

ЦЕНООБРАЗОВАНИЕ НА ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОМ РЫНКЕ

П.Ф. Ремезов (V курс, фармацевтический факультет)

Научный руководитель – д.м.н. доц. Шаповалова М.А

Кафедра общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением

(зав. – д.м.н., проф. А.Г. Сердюков)

Стратегии ценообразования на фармацевтическом рынке

Цена - это денежное выражение стоимости единицы товара; это один из самых важных моментов в маркетинге. Она должна обеспечить рентабельность и конкурентоспособность товара в соответствии с методикой позиционирования предприятия на рынке. С помощью цены можно атаковать конкурентов или защищаться от них. Цена имеет несколько аспектов:

Цена облегчает процесс купли-продажи;

На цену влияет взаимодействие спроса и предложения;

Цена - полезное орудие в рекламе;

Цена может помогать или мешать сбыту;

Цена привязана к методу распределения;

Цена имеет отношение к стоимости и прибыли

На уровне предприятия роль цены двояка:

Во-первых, она представляет собой главный фактор долгосрочной рентабельности;

Во-вторых, аналогично рекламе, она призвана стимулировать спрос.

Факторы, влияющие на выбор ценовой стратегии:

Увеличение доли рынка
Сохранение доли на рынке
Завоевание лидерства по качеству товара
Уровень доходов;
Культуры и образования;
Возраста;
Числа человек в семье;
Моменты и места покупки.

Ценовые стратегии

Стратегия ценообразования - это возможный уровень, направление, скорость и периодичность изменения цен в соответствии с рыночными целями .

1. В зависимости от стабильности цен:

2. В зависимости от отражения в цене достигнутой репутации:

стратегия поддержания репутации производителя дорогих высококачественных товаров

стратегия сохранения анонимного присутствия на рынке

3. В зависимости от психологического восприятия ценников потребителями (более характерно для розничных торговцев):

стратегия «неукротимых» цен

стратегия «приятных глаз цифр»

4. В зависимости от учитывания в цене географического фактора:

стратегия установления цены в месте происхождения товара - все расходы по доставке товара возложены на покупателя;

стратегия единой цены с включением в неё расходов по доставке

Анализ ценовой стратегии аптечной сети «Шах».

Разработка политики ценообразования для фармацевтических предприятий достаточно традиционна и включает несколько стадий:

1. Определение целей и задач ценообразования.

2. Определение ценовой эластичности спроса.

3. Оценка уровня издержек производства и реализации товара.

4. Анализ цен и издержек конкурентов.

5. Определение диапазона цен.

6. Выбор методов ценообразования.

7. Выбор и внедрение ценовой стратегии.

8. Анализ текущей ценовой стратегии и проведение ее корректировок в соответствии с рыночной ситуацией.

Вступая в отрасль, сеть аптек «Шах» применила стратегию «цены проникновения», поскольку, занизив цены на медицинские препараты, она работала первое время себе в убыток, однако такой стратегией она наработала себе хорошую клиентуру.

Аптека «Шах» также уделяет серьезное внимание эластичность спроса к изменению цены. То есть чем менее эластичен спрос, тем больше продавец заинтересован в повышении цены, которое приведет к увеличению общей выручки и прибыли компании. Особенно необходимо уделить внимание издержкам, поскольку знание уровня постоянных и переменных издержек позволяет снижать полные издержки производства и соответственно цены на лекарственные препараты за счет экономии от масштаба (производства), а в итоге к снижению долгосрочных средних издержек компании по мере увеличения объема производства и реализации товара.

СТРАТЕГИЯ УПРАВЛЕНИЯ ПЕРСОНАЛОМ

Д.М.Шангареев(V курс, фармацевтический факультет)

Научный руководитель – д.м.н. М.А.Шаповалова

Кафедра общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением

(зав. – д.м.н., проф. А.Г. Сердюков)

Конкуренция – это соперничество, состязание.

В работе описаны виды конкуренции а также их примеры.

На Астраханском рынке были проанализированы три аптечные сети:

Аптечная сеть «На здоровье»

- имеет большое количество аптек в городе,
- большинство из них располагается рядом с аптеками «шах» т. к. обе эти сети являются основными развивающимися и конкурентными аптеками.

- Плюсами и отличиями данной сети является то что она имеет свой сайт и кредит доверия среди населения, также имеет собственную справочную по которой клиенты могут получить нужную им информацию.

Не так давно у них открылся филиал аптеки где представлено большой ассортимент ортопедических изделий что является большим преимуществом среди других аптек т. к. полный выбор ортопедических изделий можно было получить только в специализированных магазинах. Что касается логотипа аптечной сети то он у большинства людей не узнаваем. Помимо этого аптеки сотрудничают с врачами которые назначая лекарства направляют пациентов за покупкой ЛП в аптеку «на здоровье».

Аптека «Магистр»

- Что же касается аптечной сети магистр то она имеет всего три аптеки, но несмотря на малое количества аптек она имеет большую прибыль т. к. у нее своя верная клиентура несмотря на то что аптеки Магистр самые дорогие цены в городе, но это окупается красивым дизайном аптек и качественно подобранным квалифицированным персоналом, также магистр аптека имеет огромное количество договоров с врачами что и обуславливает стабильный доход.

Аптека «Шах»

- И наконец последняя сеть которую я хотел бы рассмотреть это аптека «ШАХ». Хотелось бы отметить что это единственная сеть которая реально выигрывает в конкурентной борьбе за счет наличия огромного количества аптек как по городу так и в области, за счет наличие социальных аптек где цены на ЛП намного дешевле чем в других аптеках. Основным плюсом является наличие круглосуточной доставки на дом медикаментов и консультировании докторов и кандидатов мед.наук по телефону. Также 2 раза в неделю ведутся на базе собственной школы фармацевтов занятия с сотрудниками об использовании, применении, действии и эффективности при конкретных заболеваниях препаратами, об их составе производстве и технологии получения а также совместимости. Занятия ведут ведущие клинические фармакологи и врачи с периодическим тестированием сотрудников как фармацевтов так и заведующих аптек по результатам которых и складывается зарплата сотрудника : чем больше знаний и применений их в практике тем больше зарплата и с точностью наоборот если знания невысоки. И ещё хотелось бы отметить что данная аптека больше всех рекламируется по СМИ.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ. КАРДИОЛОГИЯ И КАРДИОХИРУРГИЯ

МЕТОДОЛОГИЯ СИСТЕМНОГО ПОИСКА ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ПСЕВДОЭКСФОЛИАТИВНОМ СИНДРОМЕ

Ю.И. Коровина (VI курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – д.м.н. Л.Ш. Рамазанова

Кафедра оториноларингологии и офтальмологии (зав. каф. – д.м.н., проф. Ю.В. Назарочкин)

Цель: Изучение взаимосвязи псевдоэксфолиативный синдром (ПЭС) со значимыми системными заболеваниями. Выявить наиболее часто встречающиеся общесоматические заболевания у пациентов с ПЭС. Выявить наличие связи между имеющимися у пациентов общесоматическими заболеваниями и ПЭС как системного заболевания, принимая во внимание его патогенез. Определить алгоритм поиска общесоматической патологии при ПЭС.

Материалы и методы: ПЭС - является распространенной патологией экстрацеллюлярного матрикса, сопровождающейся избыточной продукцией и накоплением патологического внеклеточного материала в различных интра- и экстраокулярных тканях. Были изучены статьи и работы в отечественных и зарубежных источниках. Произведено обследование и ретроспективный анализ историй болезни и амбулаторных карт 40 пациентов находящихся на стационарном лечении в ГУЗ АМОКБ отделения офтальмологии. Проанализированы лабораторные исследования, данные общесоматического статуса в динамике.

Результаты: Из выявленных сведений установлено, что присутствие псевдоэксфолиаций коррелирует с наличием у пациентов артериальной гипертензии, стенокардии, инфарктов миокарда или инсультов в анамнезе. Это позволяет определить больных с ПЭС в группу риска развития сосудистых поражений. Развитие ПЭС в глазу чаще всего наблюдается при ишемической болезни сердца, сочетаясь с нарушением липидного обмена, характерным для общей сосудистой патологии. Наши собственные исследования также свидетельствуют о более высокой доле больных сердечнососудистыми заболеваниями среди людей с ПЭС. И если структура кардиоваскулярной патологии оказалась примерно одинаковой, независимо от наличия псевдоэксфолиативных отложений, то доля лиц с более тяжелыми формами заболеваний среди пациентов с ПЭС была достоверно выше (в частности, артериальная гипертензия II-III ст. в контрольной группе составила 70%, а при наличии псевдоэксфолиаций – уже 89%, частота инфарктов миокарда в этой же группе была почти вдвое выше).

Выводы: Представленные в обзоре данные подтверждают о том, что ПЭС является частью генерализованного процесса. Однако небольшой объем исследований, их мозаичный характер, отсутствие проспективных рандомизированных мультицентровых исследований не позволяют считать системные ассоциации окончательно доказанными. Очевидно, что круг нерешенных вопросов еще достаточно велик и для реализации поставленных задач необходимы совместные научные проекты с участием специалистов разного профиля: офтальмологов, кардиологов, неврологов, терапевтов и др. специалистов.

ИЗУЧЕНИЕ КОМПЛАЕНСА БОЛЬНЫХ ИБС ПОСЛЕ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ

И.Н. Заковряшина, С.Ф. Ярмедова

(V курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н., асс. О.П. Островерхов

Кафедра клинической фармакологии с курсом клинической аллергологии и фитотерапии
(зав. – д.м.н., проф. А.Р. Умерова)

Согласие пациента следовать рекомендациям врача имеет принципиальное значение при лечении кардиологических больных.

На сегодняшний день особую актуальность в среде кардиологических стационаров приобрела проблема соблюдения диеты и приёма антихолестеринемических препаратов пациентами по выписке.

Вопрос комплаенса больных, получающих гиполипидемическую диету, был подробно изучен Белоусовым Ю.Б. и Гуревичем К.Г.: было установлено, что гиполипидемическая диета характеризуется невысоким уровнем комплаенса в основном по причине побочных эффектов и высокой стоимости препаратов [1].

Целью исследования явилось изучение в динамике приверженности больных ИБС к назначенной гиполипидемической терапии, включающей соблюдение диеты и приема лекарственных средств из группы статинов.

Результаты исследования: В течение трех месяцев проводилось наблюдение за 41 пациентом, выписанным из отделения кардиологии ГБУЗ АО «ГКБ № 3». Средний возраст больных $64 \pm 8,79$ года (50-83 года). Среди обследованных было 13 мужчин и 28 женщин. Инфаркт миокарда был диагностирован у 17 больных (41,2%), стенокардия напряжения у 21 (51,2%), нарушения ритма – у 3 больных (7,6%). Оценка результатов осуществлялась в течение каждого из трех месяцев наблюдения.

Гипохолестериновую диету в течение 1 месяца наблюдения соблюдали 25 человек (61%), в течение 2 месяца – 27 (65,85%), к концу наблюдения – 33 (80,48%) больных.

Прием статинов к концу первого месяца наблюдения осуществляли 15 больных (36,5%), к окончанию второго месяца 17 (41,46%), спустя три месяца наблюдения – 19 (46,34%) больных. Диетические рекомендации в начале периода обследования соблюдали 61,53% мужчин и 60,71% женщин. К концу обследования 76,93% и 82,14% соответственно. Прием статинов в конце первого месяца наблюдений продолжали только 46,15% мужчин и 32,14% женщин, в конце наблюдения 53,8% мужчин и 42,85% женщин.

Средние показатели уровня холестерина среди принимавших статины больных составляли 6,6 ммоль/л, к концу наблюдений – 5,4 ммоль/л.

Закключение: Таким образом, информирование пациентов о необходимости соблюдения диеты и приема лекарственных средств способствовало увеличению количества больных придерживающихся полученных врачом рекомендаций.

ДИНАМИКА PROBNP У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ ДО ЛЕЧЕНИЯ И ПОСЛЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИЕМА ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Г.Ж. Абилхаирова (VI курс, лечебный факультет)

Научный руководитель - к.м.н., ассистент И.Н. Пермякова

Кафедра факультетской терапии и профессиональных болезней с курсом последипломного образования
(зав. – д.м.н., проф. Б.Н. Левитан)

BNP – мозговой натрийуретический пептид, секретируемый кардиомиоцитами желудочков, является маркером сердечной недостаточности и, будучи более чувствительным, чем Эхо-КТ, позволяет диагностировать ее на доклиническом этапе.

Цель исследования – определить динамику рго BNP у больных туберкулезом легких до лечения и после длительного приема противотуберкулезных препаратов.

Материалы и методы: 23 пациента, находившиеся на лечении в ГУЗ ОПТД г Астрахани в период 2012-2013 гг.

Результаты исследования: У больных до проведения лечения уровень рго BNP составлял $46-520$ пг/мл ($206 \pm 2,2$), у пациентов после длительного приема ПТП – $68-1236$ пг/мл ($415 \pm 5,3$).

Выводы: В ходе динамического наблюдения за пациентами отмечено значительное повышение уровня рго BNP белка на фоне проведенной химиотерапии, что свидетельствует о нарастании хронической сердечной недостаточности, даже при отсутствии клинических симптомов.

ПРИМЕНЕНИЕ ТРОМБОЛИЗИСА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

М.Л. Ясуев (IV курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н., асс. И.Н. Пермякова

Кафедра факультетской терапии и профессиональных болезней с курсом последипломного образования (зав. – д.м.н., проф. Б.Н. Левитан)

По данным ВОЗ сердечно-сосудистые заболевания остаются главной причиной высокой летальности в индустриально -развитых странах и в России. Наиболее драматичным заболеванием в кардиологии обычно считается инфаркт миокарда. Создание широкой сети отделений интенсивной терапии, совершенствование применяемых технологий, а также своевременное проведение тромболизиса позволили значительно снизить госпитальную летальность от инфаркта миокарда.

Цель: изучить частоту проведения и эффективность тромболизиса при остром коронарном синдроме.

Материал и методы: проанализированы истории болезни, данные медицинской документации СМП больных, находившихся на лечении в кардиологическом отделении ГУЗ АМ ОКБ за период с (25.08.12.- 10.03.13г.). Статистический анализ полученных данных выполнен с помощью MicrosoftExcel 2010.

Результаты и обсуждение. Проанализировано 569 историй болезней, из них для дальнейшего анализа выбрано 111 случаев острого коронарного синдрома. Средний возраст больных составил (63 года). Распределение по гендерному признаку – (46% мужчины, 54% женщины). Из 111 больных, вошедших в группу исследования ОКС с подъемом с ST (44%), без подъема с ST – (56%). По срокам обращения за мед помощью – первые 2-4(37%) , спустя 12 часов (13%), спустя 24 часа(10%), спустя более суток(7%), спустя более 2 суток (7%), спустя неделю(11%). Спустя более 2 недель(15%)

За анализируемый период было проведено на этапе СМП – 6 тромболизисов (актилизе, метализе), в условиях стационара - 27. В остальных случаях имелись противопоказания или позднее обращение за мед помощью.

Побочные эффекты тромболизиса не отмечались ни в одном из случаев проведенного тромболизиса. Клинически отмечалась значительная положительная динамика – ангинозные приступы отсутствовали, гемодинамика сохранялась стабильной, отмечано сокращение продолжительности госпитализации.

Выводы: полученные результаты подтверждают клиническую эффективность тромболитической терапии у больных с ОКС. Частота применения тромболизиса соответствует среднестатистическим показателям по РФ.

ОСОБЕННОСТИ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ГЕНОВ HLA КЛАССА II У БОЛЬНЫХ С ПОЛЛИНОЗАМИ

Е.А. Иншина (V курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н., Е.Е. Андреева

Кафедра поликлинического дела и скорой медицинской помощи (зав. каф. – д.м.н., проф. Е.А. Попов)

На рубеже XXI века рост распространенности аллергии в мире стал глобальной медико-социальной проблемой. Сегодня аллергические заболевания занимают ведущее место среди других патологических состояний и оказывают существенное влияние на здоровье и качество жизни населения развивающихся и развитых стран. Уже не вызывает сомнений тот факт, что предрасположенность к развитию аллергической патологии находится под генетическим контролем со стороны иммунной системы и кодируется определенными генами. Открытие одной из самых полиморфных генетических систем человеческого организма – системы HLA и последующие плодотворные исследования в этой области показали тесную взаимосвязь продуктов HLA с заболеваниями и возможность их использования в качестве генетических маркеров предрасположенности или резистентности к той или иной патологии.

Однако в клинической аллергологии работ, направленных на поиск иммуногенетических маркеров предрасположенности и резистентности к развитию того или иного аллергического заболевания, крайне мало, данные их весьма противоречивы. Актуальным представляется не только выяснение механизма ассоциаций

между полинозами и генами HLA, но и разработка прогностического сценария для данной группы больных. До сих пор остается неизвестным, почему у одних пациентов проявления полиноза ограничиваются клиникой аллергического ринита (АР), а у других больных развивается БА [2].

Целью данного исследования является усовершенствование методов диагностики и прогнозирования полинозов на основе изучения особенностей распределения генов HLA класса II у больных аллергическим ринитом и аллергической формой бронхиальной астмы.

Для получения принципиально новых научных данных о существующих ассоциативных связях между продуктами комплекса HLA и полинозами нами был произведен поиск иммуногенетических маркеров предрасположенности и резистентности к АР и ПБА из числа специфичностей HLA класса II локусов DR и DQ в русской популяции астраханской геногеографической зоны. Методом PCR mSSP (полимеразная цепная реакция с сиквенс-специфическими праймерами модифицированная) проводилось молекулярное типирование аллельных вариантов генов DRB1 и DQB1 [1].

В качестве объекта исследования для иммуногенетического анализа нами была отобрана группа, в состав которой вошли 61 больной полинозом, находившиеся на обследовании и лечении в пульмонологическом отделении АМОКБ г. Астрахани в период с 2006 по 2008г.

Для дальнейшей статистической обработки полученных результатов в качестве кон-трольной группы были использованы два популяционных контроля. В качестве первой контрольной группы были использованы результаты ДНК-типирования аллелей HLA класса II локусов DR и DQ среди здорового населения в русской популяции г. Москвы, предоставленные отделом иммуногенетики Государственного научного центра «Институт иммунологии Федерального медико-биологического агентства России» (руководитель отдела иммуногенетики - д.м.н., профессор Л.П. Алексеев). Контрольную группу составили 300 здоровых доноров крови - коренных жителей г. Москвы русской национальности. Вторую контрольную группу составили 94 здоровых человека - коренных жителей Ас-траханской геногеографической зоны русской национальности. Данные аллельного полиморфизма HLA в настоящей контрольной группе по результатам ДНК-типирования аллелей HLA класса II локусов DR и DQ опубликованы в 2005 году в журнале «Иммунология» совместной группой научных сотрудников Федерального государственного учреждения «Научно-исследовательский институт по изучению лепры Росздрава» (г. Астрахань) и отделом иммуногенетики Государственного научного центра «Институт иммунологии Федерального медико-биологического агентства России» (г. Москва). ДНК-типирование в обеих контрольных группах проводилось в одной иммуногенетической лаборатории (отдела иммуногенетики ГНЦ «Институт иммунологии ФМБА России»), на одном и том же оборудовании с использованием многоканального термоджиклера «MC2» («НПФ ДНК-Технология»), силами одного и того же научного и лабораторного персонала.

В ходе исследования выявлено, что «универсальными» маркерами повышенного риска развития полинозов в популяции русских астраханской геногеографической зоны являются группа аллелей HLA-DRB1*08 и двулокусные гаплотипы HLA-DRB1*08/DQB1*05, DRB1*17/DQB1*0401/02. «Универсальным» маркером резистентности к развитию полинозов является аллель HLA-DQB1*0301. Кроме того, дополнительными маркерами предрасположенности к развитию полинозов у мужчин являются аллель HLA-DQB1*0401/02 и двулокусный гаплотип HLA-DRB1*08/DQB1*0401/02, у женщин - гаплотип HLA-DRB1*08/DQB1*0201. Дополнительными предикторами полинозов у мужчин являются аллели HLA-DRB1*13(06), DQB1*0201 и гаплотипы HLA-DRB1*13/ DQB1*0301, DRB1*13/DQB1*06, у женщин - специфичности HLA-DRB1*01, DQB1*0302, DQB1*0303 и гаплотипы HLA-DRB1*07/ DQB1*0301, DRB1*11(05)/DQB1*0302. Предикторный ген полинозов HLA-DRB1*13(06) обладает совокупной половой и возрастной рестрикцией, маркируя резистентность к развитию заболевания лишь у мужчин старше 18 лет.

Необходимо также отметить маркеры предрасположенности к развитию аллергического ринита как клинического варианта полиноза, которыми являются аллель HLA-DRB1*15(02) и гаплотипы HLA-DRB1*15/DQB1*0201, DRB1*08/DQB1*06, DRB1*15/DQB1*06. Резистентность к развитию аллергического ринита обусловлена наличием в фенотипе индивидуума обладающих протективным эффектом групп аллелей HLA-DRB1*01, DRB1*07 и гаплотипов HLA-DRB1*01/DQB1*0301, DRB1*01/ DQB1*05 [3,2].

Также были выявлены иммуногенетические маркеры повышенного риска развития аллергической формы бронхиальной астмы - HLA-DQB1*05 и гаплотипы HLA-DRB1*11/DQB1*05, DRB1*16/ DQB1*05. Аллель HLA-DQB1*05 служит прогностическим фактором высокого риска формирования бронхиальной астмы у пациентов с уже имеющимся аллергическим ринитом. Резистентность к развитию ал-лергической формы бронхиальной астмы ассоциирована с аллельными вариантами HLA-DQB1*0302, DQB1*06 и гаплотипами HLA-DRB1*12/DQB1*06, DRB1*13/DQB1*06, DRB1*07/DQB1*0201.

Нельзя не отметить, что специфичность HLA-DRB1*01, с одной стороны, маркирует ре-зистентность к развитию аллергического ринита, а с другой стороны - наличие ее в HLA-фенотипе больного аллергическим ринитом является маркером высокого риска присоединения аллергической формы БА. Специфичность HLA-DQB1*06, с одной стороны, маркирует резистентность к развитию аллергической формы бронхиальной астмы в «здоровой» популяции, а с другой - «препятствует» развитию бронхиальной астмы у больных с аллергическим ринитом.

Таким образом, особенности HLA-фенотипа пациентов могут быть использованы в качестве дополнительного критерия для разработки долговременного индивидуального прогноза характера течения полинозов, в первую очередь, для оценки риска развития у больных аллергическим ринитом бронхиальной

астмы, а также формирования групп высокого риска развития поллинозов в популяции. Наличие в HLA-фенотипе больного аллергическим ринитом маркеров высокого риска развития аллергической формы бронхиальной астмы - аллелей DRB1*01 и DQB1*05, является прямым показанием для регулярного врачебного контроля и проведения в полном объеме комплекса лечебно-профилактических мероприятий, направленных на устранение этиопатогенетических механизмов атопии, предупреждение развития клиники астмы и, в конечном итоге, кардинальное улучшения качества жизни пациентов.

РЕДКИЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ НЕКРОЗОВ МИОКАРДА

Е.Ю. Петрикова, Д.Н. Брескина

(IV курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н., доц. Е.А. Горбанев

*Кафедра факультетской терапии и профессиональных болезней с курсом последипломного образования
(зав. – д.м.н., проф. Б.Н. Левитан)*

В подавляющем большинстве случаев инфаркт миокарда является результатом атеросклероза коронарных артерий (КА) и ИБС. Примерно в 3-5% случаев он возникает вследствие других причин: неатеросклеротический, неишемический, с интактными коронарными артериями.

Этиологические и патогенетические механизмы развития рубцовых изменений миокарда (РИМ), не связанных с ИБС, включают различные факторы воздействия на КА и миокард: эмбологенные, механические, воспалительные, токсические, лекарственные, травматические, метаболические и другие.

Эмболическая природа НМ связана с различным характером и источником эмбола в КА: микробная вегетация с клапана при инфекционном эндокардите (ИЭ), фрагментированная интракардиальная опухоль (миксома) или конгломерат раковых клеток, атерокальцинат, подагрический тофус, известковый эмбол при дегенеративном кальцинированном аортальном стенозе. Мы наблюдали эмболическую природу некрозов миокарда у 9 б-х от 25- до 49 лет. НМ могут быть связаны с коронариитом — при системных заболеваниях соединительной ткани, васкулитах с антифосфолипидным синдромом, в том числе при синдроме Кавасаки, при псевдокоронарном, инфарктоподобном варианте миокардита. РИМ были диагностированы нами у больных с ревматоидным артритом, болезнью Бехтерева, системной склеродермией, красной волчанке, узелковым полиартериите, неспецифическом аортоартериите, после укуса насекомыми. В онкологической практике НМ связаны с повышенной радиационной нагрузкой на сердце вследствие кардиотоксического действия облучения. Метаболические и инфильтративные НМ включают широкий спектр различных заболеваний: феохромоцитому, первичный гипотиреоз, тиреотоксикоз, первичный системный амилоидоз с поражением сердца, болезни накопления — тейзаурисмозы; мукополисахаридозы, сфинголипидозы, алкаптонурия, муковисцидоз, при миопатии Дюшена (гиперкреатинемия). Практическое значение имеют токсические, лекарственные повреждения миокарда и КА с формированием острых некрозов и летальным исходом: острая интоксикация окисью углерода, отравление этиловым спиртом и его суррогатами, ботулиническим токсином, при пищевых токсикоинфекциях, при терминальной уремии, при введении больших доз инсулина с целью самоубийства, у наркоманов. Описаны НМ у больных, длительно принимающих цитостатики, метадон. Этаноловая абляция артерии межжелудочковой перегородки приводит к НМ. Это используют как метод лечения обструктивной гипертрофической кардиомиопатии (ятрогенные НМ). НМ образуются различными травмами — электрической, механической (проникающей и непроникающей), ушибом, сотрясением, грудной клетки, контузией. РИМ остаются после поражения молнией, при использовании неисправного электроскальпеля. Ушиб сердца и куообразующие РИМ диагностированы нами у больного при неосторожном обращении с пороховым зарядом. РИМ вызываются гиперплазией, фиброзом, гиалинозом, кальцинозом, ксантоматозом, липосклерозом, при которых утолщается интима КА: окклюзирующая прогрессирующая артериопатия (синдром Снеддона), эластическая псевдоксантома. Изменения на коже в виде сетчатого ливедо могут указывать на синдром Снеддона. Недоразвитие КА и (или) коронарных синусов Вальсальвы аорты связано как с врожденной дисплазией соединительной ткани (синдромы Марфана, Эрдгейма, Элерса-Данло), так и с врожденными аномалиями КА (фистулы, аневризмы, извитость, множественные мышечные мостики, аномальное отхождение и строение КА). Эти причины приводят к формированию РИМ. Длительное нарушение реологии крови вызывает повреждение КА и миокарда, с образованием рубцовых изменений (гипервискозный синдром при эритромии, парапротеинемическом гемобластозе — миеломной болезни).

Необходимо учитывать все вышеперечисленные и другие факторы, не связанные с атеросклерозом и ИБС, при обнаружении РИМ, проводить дифференциальную диагностику с применением современных технологий

Также к более редким причинам ИМ относят:

- длительный спазм коронарной артерии (в 5%), особенно у молодых, на фоне стенокардии Принцметала. Ангиографически патологию в коронарных артериях могут и не выявить. Спазм коронарной артерии, обусловленный дисфункцией эндотелия, может повреждать целостность эндотелия атеросклеротической бляшки, а возникает, как правило, на фоне длительных отрицательных эмоций,

умственного или физического перенапряжения, избыточной алкогольной или никотиновой интоксикации. При наличии подобных факторов часто возникает «адреналовый некроз» миокарда вследствие большого выброса катехоламинов. Такой вид ИМ чаще возникает у молодых «интравертов» (которые «переваривают все в себе»). Обычно у этих больных нет выраженной стенокардии или указаний на нее в анамнезе, но есть воздействие коронарных ФР;

- поражения коронарных артерий (коронариты) при узелковом панартериите (УГЛА), СКВ, болезни Такаясу, ревматоидном артрите, острой ревматической лихорадке (2-7% от всех ИМ), т.е. ИМ может быть синдромом, осложнением других заболеваний;

- эмболия коронарных сосудов при инфекционном эндокардите, тромбоэмболии из левых камер сердца на фоне имеющегося мурального тромбоза ЛЖ или ЛПР, врожденных аномалиях коронарных артерий;

- муральное утолщение коронарных артерий на фоне метаболических или пролиферативных заболеваний интимы (гомоцистеинурия, болезнь Фабри, амилоидоз, ювенильный склероз интимы, коронарный фиброз, обусловленный рентгеновским облучением грудной клетки);

- миокардиальный дисбаланс кислорода — несоответствие притока крови по коронарным артериям к потреблению кислорода миокардом (например, при аортальных пороках, тиреотоксикозе, длительной гипотензии). Так, у ряда больных с достаточно выраженным атеросклеротическим поражением коронарных артерий, но без разрыва бляшки, ИМ возникает при состояниях, когда существенно снижена доставка кислорода к миокарду. На ЭКГ у этих больных обычно определяется глубокий отрицательный зубец Т и депрессия сегмента ST;

- гематологические нарушения — полицитемия, тромбоцитоз, выраженная гиперкоагуляция и ДВС-синдром;

ПРИМЕНЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ОТВЕДЕНИЙ ПО СЛОПАКУ – ПАРТИЛЛЕ В ДИАГНОСТИКЕ ПОРАЖЕНИЙ СЕРДЦА

А.А. Доронцева (VI курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н., асс. Л.М. Погребниченко

Кафедра госпитальной терапии с курсом функциональной диагностики (зав. – д.м.н., проф. А.А.Демидов)

Электрокардиография (ЭКГ) относится к информативным и распространенным методам исследования больных, особенно при диагностике аритмий, блокад и инфаркта миокарда. К сожалению, не все зоны локализации инфаркта миокарда можно выявить на 12 общепринятых отведениях. Для диагностики инфаркта миокарда задней, задне - базальной стенки, правого желудочка используют дополнительные отведения. Интерес представляют дополнительные двухполюсные отведения по Слопаку – Партилле (S&P), с помощью которых можно выявить инфаркт миокарда задне – базальной стенки. Однако, последнее время отношения практических врачей к дополнительным отведениям неоднозначно, из – за различной интерпретации изменений комплекса QRST в отведениях S1-S4 и реципрокных изменений комплекса QRST в отведениях V1-V2 на общепринятой ЭКГ.[1-4]

Целью нашего исследования было определить признаки QRST в двухполюсных отведениях по S&P у лиц без патологии сердца, как изменяется комплекс QRST при гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) и при инфаркте миокарда.

На условиях добровольного согласия в исследование вошли люди в возрасте от 21 до 32 лет (средний возраст 26 лет) без патологии сердца, пациенты терапевтического отделения больницы имени Соловьева, за период декабрь – март, страдающие артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца с ГЛЖ на ЭКГ и Эхо КГ в возрасте от 50 до 78 лет (средний возраст 64 года). Инфарктные изменения комплекса QRST оценивали по ЭКГ с дополнительными отведениями по S&P на пленках ЭКГ больных кардиологического отделения НУЗ МСЧ с 2003 по 2004 года (по данным архива).

Все случаи ЭКГ с дополнительными отведениями по S&P разделили на 3 группы: I группа – ЭКГ 16 человек с инфарктом миокарда различной локализации (задняя, задне-базальная область, переднее – перегородочная, переднее – боковая стенка) и различной давности, II группа – ЭКГ 20 пациентов с ГЛЖ с изменениями миокарда, III группа – ЭКГ 20 человек здоровых людей.

На основании проведенных исследований получены результаты:

Изменения комплекса QRST в дополнительных отведениях по S&P у пациентов с инфарктом миокарда представлены в Таблице № 1

Таблица 1

ЭКГ 12 основных отведений	ЭКГ по S&P

Инфаркт миокарда задней стенки Q глубокий (более 5 мм), широкий (более 0,04”), зазубренный в отведениях II, III, aVF ST в отведениях II, III, aVF на изолинии T в отведениях II, III, aVF положительный V1= R/S, ST в отведении V1 на изолинии T в отведении V1 остроконечный, положительный	Q патологический $S1 < S2 - S3 - S4$ $R(S1) > R(S2) > R(S3) > R(S4)$ ST на изолинии S1-S4 T(S1) – T (S4) отрицательный коронарный
Инфаркт миокарда передне – перегородочной области QS V1 – V2 – V3 ST выше изолинии T отрицательный	Rs S1-S2>S3>S4 ST ниже изолинии косо вниз T двухфазный
ПИКС передне – перегородочной области qRs в отведениях V2-V4 ST на изолинии в отведениях V2-V4 T положительный в отведениях V2 – V4	Rs в отведениях S1 – S3 ST (S1-S4) косо вниз ниже изолинии T глубокий отрицательный

Признаки комплекса QRST в дополнительных отведениях по S&P при ГЛЖ представлен в таблице №2

Таблица 2

ЭКГ 12 основных отведений	Отведения по S&P
R в отведениях I, aVL, V5 – V6 ST в отведениях I, aVL, V4-V6 ниже изолинии, дугой вверх T в отведениях I, aVL, V4-V6 отрицательный асимметричный	$Rs1 \geq Rs2 \geq Rs3 = Rs4$ R высокий, широкий, нет q, или есть q в S1 малый $< 0,03$ ” ST s1 – s4 ниже изолинии до 1-1,2 мм T s1>s4 отрицательный T сглажен или слабо отрицательный

Признаки комплекса QRST в дополнительных отведениях по S&P у здоровых людей представлены в таблице №3

Таблица 3

ЭКГ 12 основных отведений	Отведения по S&P
QRST без патологии V1 rS, ST выше изолинии до 1 мм T двухфазный	$Q = \frac{1}{4} R, < 0,03$ ”, не деформирован $q S1 > q S2 > q S3 > q S4$ $Rs1 > R s2 > Rs3 > Rs4$, не деформирован До 0, 10” ST ниже изолинии до 1 мм T отрицательный, асимметричный

Можно сделать следующие выводы:

У здоровых людей в отведениях по S&P имеет место зубец q $\leq 0,03$ ”, не деформированный, ST и T могут быть на изолинии, но не ниже или не выше, чем на 1 мм, T слабо отрицательный или двухфазный небольшой амплитуды.

На ЭКГ у пациентов с ГЛЖ – в отведениях по S&P – q наблюдается только в отведении S1, в отведениях S2- S4 q отсутствует, при этом R широкий, может быть зазубрен в отведениях S1 – S4, сегмент ST и зубец T имеют характеристики дискордантные сегменту ST и зубцу T в отведении V1 на общепринятой ЭКГ

На ЭКГ у пациентов с инфарктом миокарда задней стенки появляется зубец Q широкий, деформированный в отведениях S1 - S4. причем имеет тенденцию к увеличению по глубине в отведениях S3, S4, R в отведениях S1-S4 может быть зазубрен.

На ЭКГ у пациентов с инфарктом миокарда передне - перегородочной области комплекс QRST проявляется как Rs, сегмент ST и зубец T имеют характеристики дискордантные сегменту ST и зубцу T в отведении V1.

Таким образом, дополнительные двухполюсные отведения по S&P помогают в диагностике инфаркта миокарда а также в более ранней диагностике ГЛЖ. С учетом изменения конечной части желудочкового комплекса (сегмент ST и зубец T), отражающие стадии инфаркта миокарда, необходимо снимать дополнительные ЭКГ отведения в динамике.

ДИНАМИКА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

О.В. Легенченко (V курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н., асс. И.Н. Пермякова

Кафедра факультетской терапии и профессиональных болезней с курсом последипломного образования
(зав. – д.м.н., проф. Б.Н. Левитан)

По данным литературы интенсивная химиотерапия туберкулеза легких в 20-65% случаев осложняется развитием целого ряда кардиотоксических побочных эффектов [1,2]. В связи с этим перед началом химиотерапии больным туберкулезом органов дыхания обязательно проводится ЭКГ, а также оценка ХМ [3,4].

Целью настоящего исследования явилась оценка показателей суточного мониторирования ЭКГ у больных туберкулезом легких на фоне специфической противотуберкулезной терапии.

Материалы и методы: в группу исследования вошли больные туберкулезом легких в возрасте от 25 до 48 лет (средний возраст - 34±2). Все больные, в зависимости от режима химиотерапии, были разделены на 2 группы: 1 группа – получающие 1 режим, и 2 группа – 2 режим химиотерапии. 25 человек получали 1-й режим, 44 – 2-й режим химиотерапии.

Всем больным проводилось регистрирование ЭКГ и холтеровское суточное мониторирование.

При оценки ЭКГ по холтерскому суточному мониторированию проанализированы следующие показатели: интервал PQ, зубец T, ЧСС, наджелудочковые экстрасистолы.

Полученные результаты:

Нами было проанализировано ЭКГ по холтерскому мониторированию у 69 больных туберкулезом. Из 69 пациентов: 60 с первичным туберкулезом и 9 человек с рецидивом. У обследованных больных нарушений проводимости в атриовентрикулярном узле не было, о чем свидетельствовало нормальное значение интервала PQ. Достоверных различий по продолжительности интервала QT в сравниваемых группах зарегистрировано не было. При длительном введении противотуберкулезных препаратов наблюдались изменения в конечной части желудочкового комплекса (зубец T). Вольтаж зубца T в группах, получавших комбинацию основных и резервных препаратов, увеличивался по сравнению с исходными показателями, что свидетельствует о метаболических нарушениях, характерных для гипоксии миокарда, связанной с недостаточностью коронарного кровообращения.

Средняя ЧСС днем: максимально 113,9, минимально 70,3. ЧСС ночью: максимально 85,9, минимально 59,11. В группах, получавших комбинации основных и резервных препаратов, выявлена тенденция к увеличению частоты сердечных сокращений. Одиночных наджелудочковых экстрасистол 115, желудочковые экстрасистолы отмечались у 6 больных, т.е. у 8,6%. Парные желудочковые экстрасистолы отмечались у одного больного.

Длительное введение комбинаций противотуберкулезных препаратов сопровождалось развитием недостаточности кровообращения и выражалось в снижении ударного объема и ударного индекса сердца на фоне повышенного периферического сопротивления сосудов.

Выводы: полученные результаты позволяют предположить развитие выраженных метаболических нарушений у больных, получающих химиотерапию. В связи с этим целесообразен регулярный контроль ЭКГ, а также коррекция выявленных изменений, включающая назначение кардиопротекторов и препаратов, улучшающих метаболизм миокарда.

ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С ИБС И АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Э.И. Магомедова, З.У. Сайтхажиева

(IV курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н., доц. Е.А. Горбанев

Кафедра факультетской терапии и профессиональных болезней с курсом последипломного образования
(зав. – д.м.н., проф. Б.Н. Левитан)

Патологическая извитость коронарных артерий

Клиническое значение патологической извитости коронарных артерий (ПИКА), ее роли в развитии стенокардии и атеросклероза малоизученны. Было проведено исследование для изучения связи между ПИКА, синдромом стенокардии и риском развития коронарного атеросклероза[1]. В исследование последовательно были включены 88 больных, имеющих стенокардию II–IV ФК, у которых при проведении коронарографии была

выявлена ПИКА с признаками атеросклеротической обструкции в зоне извитости (1 группа, 46 больных) или без нее (2 группа, 42 больных). Всем больным проводились ВЭМ проба, ЭхоКГ и стресс-ЭхоКГ, сцинтиграфия миокарда с ^{99m}Tc-MIBI, определялся уровень общего ХС, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП, оценивался риск развития атеросклероза по Фрамингемской шкале. При обследовании больных с клиническими симптомами стенокардии, было замечено, что у ряда пациентов при коронарографии наблюдается извитость основных стволов коронарных

артерий без признаков других, в том числе атеросклеротических, изменений.

Патологической считалась извитость с изгибами артерий более 90°, петлеобразные изгибы, множественные S-образные изгибы, выявляемые в разных проекциях коронарографии [1]. Всем больным с ПИКА было дополнительно сделано УЗИ сонных артерий. Из них у 74 (84,1 %) больных была также выявлена извитость сонных артерий, что позволяет предположить, что извитость сосудов может иметь системный характер. Возможно, извитость коронарных сосудов может быть частным проявлением дисплазии соединительной ткани. Предполагаемые механизмы развития нарушения коронарного кровоснабжения при ПИКА:

- снижение перфузионного давления в коронарных артериях;
- прогрессирующая дисфункция эндотелия в местах изгибов артерий;
- склонность к спазму коронарных артерий;
- синдром обкрадывания в зоне кровоснабжения ПИКА;
- региональные нарушения реологических свойств крови.

Показано, что ПИКА может быть независимой причиной развития синдрома стенокардии и, возможно, дополнительным и независимым фактором риска развития коронарного атеросклероза.

Стенокардия у пациентов с нормальными коронарными артериями

Среди больных с типичными ангинозными приступами имеется особая группа пациентов, у которых отсутствуют анатомические изменения коронарных артерий, соответствующие ИБС. У 10–30 % пациентов с типичными приступами стенокардии при проведении коронароангиографии эпикардальные коронарные артерии оказываются нормальными.

Кардиальный синдром Х – патологическое состояние, характеризующееся наличием признаков ишемии миокарда (типичных приступов стенокардии и депрессии сегмента ST $\geq 1,5$ мм (0,15 мВ) продолжительностью более 1 мин., установленной при 48-часовом мониторинге ЭКГ) на фоне отсутствия атеросклероза коронарных артерий и спазма эпикардальных венечных артерий при коронароангиографии. Характерными признаками кардиального синдрома Х являются:

- возникновение приступов стенокардии в ответ на предшествующую нагрузку,
- депрессия сегмента ST, ассоциированная с ишемией миокарда, спонтанная или при воздействии провоцирующего фактора,
- нормальные коронарные артерии по данным коронароангиографии,
- отсутствие спазма коронарных артерий, спонтанного или вызванного провоцирующим фактором,
- отсутствие заболеваний сердца (гипертрофическая или дилатационная кардиомиопатия) или других заболеваний (АГ, СД), способных вызвать микроваскулярную дисфункцию.

При синдроме Х имеют место два основных патогенетических механизма – коронарная микроваскулярная дисфункция и аномальная чувствительность к кардиальной боли. Считается, что при Х синдроме стенокардия вызвана ишемией миокарда вследствие дисфункции мелких резистивных коронарных артерий (<500 мкм), которые не видны при проведении коронароангиографии. Данное состояние определяется, как «микроваскулярная стенокардия» [1]. Мелкие артериальные сосуды утрачивают способность к дилатации из-за структурных изменений, таких как гипертрофия меди и / или фиброз артериол, что провоцирует возникновение болей ангинозного характера. Признаком развития ишемии миокарда у таких пациентов является преходящая депрессия сегмента ST либо временный дефект перфузии при проведении изотопного исследования во время приступа стенокардии или нагрузочного (в т. ч. фармакологического) стресс-теста [2]. В популяции пациентов с кардиальным синдромом Х, по данным разных авторов, до 70 % составляют женщины в постменопаузе. У них часто наблюдаются боли в грудной клетке, которые длятся дольше, чем при типичной стенокардии и могут быть резистентными к нитратам. Исследователи связывают относительно высокую частоту микроваскулярной дисфункции в этой группе пациентов с дефицитом эстрогенов, который является патогномичным фактором, воздействующим на сосуды через эндотелийзависимый и эндотелийнезависимый механизмы. У пациентов с синдромом Х была выявлена повышенная чувствительность к болевым стимулам, в развитие которой у таких больных, вероятно, вовлечены ноцицептивные нервные пути, ответственные за клинику стенокардии. Считается, что такие пациенты более чувствительны к ноцицептивным стимулам и даже малая ишемия может приводить к яркой клинике стенокардии. У таких пациентов хороший прогноз, но он сочетается с низким качеством жизни [2].

Гиперплазия интимы коронарных артерий у людей молодого возраста как фактор риска ИБС

При исследовании КА умерших от случайных причин и от различных проявлений ИБС выявлено, что у детей и лиц молодого возраста наблюдается мышечно-эластическая гиперплазия интимы (МЭГИ), наиболее выраженная в проксимальных частях артерий. С возрастом МЭГИ трансформируется в фиброзный или

фиброзно-эластический слой. Стенозирование КА при атеросклерозе находится в тесной зависимости от степени выраженности МЭГИ в детском и молодом возрасте. Степени гиперплазии интимы:

Легкая - толщина интимы не превышает толщину меди (38,7%)

Средняя - толщина интимы превышает толщину меди в 2 раза (47,7%)

Высокая - значительное преобладание интимы, чаще в передней левой нисходящей артерии, затем в правой и огибающей КА

Основа гиперплазии интимы - гладкомышечные клетки и эластические волокна → гиперплазия интимы может быть основой спазма КА, т.к. с возрастом количество ГМК уменьшается, происходят увеличение эластических и коллагеновых волокон и образование фиброзного или эластически-фиброзного слоя. Фиброзный слой - это основа атеросклеротических бляшек

Таким образом, можно предположить, что склонность к стенозированию КА при атеросклерозе закладывается уже в детском возрасте → значимость педиатрического периода в развитии коронарной болезни сердца

У лиц мужского пола гиперплазия интимы в КА выражена больше, чем у лиц женского пола. Формирование стенозирующего атеросклероза КА, являющегося основой развития КБС, находится в тесной зависимости от выраженности гиперпластических изменений интимы у лиц детского и молодого возраста [3].

ВОПРОС О МИОКАРДИАЛЬНЫХ МОСТИКАХ

А.А. Антигов (IV курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н., доц. Е.А. Горбанев

*Кафедра факультетской терапии и профессиональных болезней с курсом последипломного образования
(зав. – д.м.н., проф. Б.Н. Левитан)*

Что такое мышечные или миокардиальные мостики?

Мышечные мостики (еще называют миокардиальными мостиками) – это врожденная аномалия развития коронарных артерий (артерий питающих сердце).

В норме коронарные артерии проходят по поверхности сердца и только мелкие, конечные веточки проникают в его толщу. Если крупная артерия в определенном участке пролегает не на поверхности, а как бы ныряет и выныривает из миокарда, то такая аномалия называется мышечным мостиком. В этом месте при усиленной работе сердца мышечные волокна могут пережимать артерию, тем самым нарушая кровоток и приводя к кислородному голоданию соответствующих участков миокарда.

Эта аномалия редко дает какую-либо симптоматику и значительно не влияет на кровоток. Однако при определенных условиях мышечные мостики могут приводить к развитию симптомов стенокардии, но чаще они проявляются различными изменениями на ЭКГ. Обнаружить эти мостики можно только при коронарографии. Та же коронарография помогает оценить клиническую значимость мышечных мостиков. Если кровоток страдает значительно, то возможно проведение стентирования этого участка.

Как известно, коронарные артерии располагаются подэпикардиально и окружены жировой и рыхлой соединительной тканью. Они фиксированы к подлежащему миокарду посредством мышечных перепонок в виде мостиков и петель. Мышечные петли охватывают коронарные артерии до 3/4 их окружности. Эти петли образованы миокардом предсердий и фиксируют артерии в коронарных бороздах. Под ММ, образованными миокардом желудочков, коронарные артерии погружены в миокард.

Первыми такой интрамуральный ход эпикардиальных коронарных артерий описали А. Crainicianu (1922) и W. Spatelholz.

ММ - относительно частая находка на аутопсии. По данным М. Stolte и соавт., при изучении 711 сердец ММ ЛПНА встретились в 22,9% наблюдений. При проведении 400 вскрытий умерших в возрасте 20-59 лет в Ашхабаде ММ были обнаружены в 29% случаев.

В зарубежной литературе частота их выявления, по материалам вскрытий, широко варьирует - от 5,4 до 85,7%.

В 1960 г. N. Fortscher описал ангиографическую картину этой аномалии в виде “milkingeffect” - “эффект выдавливания или выдавливания” контрастного вещества при сужении интрамуральной части коронарной артерии во время систолы. Во время систолического сокращения в этих случаях происходит сдавливание артерии с разной степенью сужения ее просвета.

Многие авторы считают “эффект выдавливания” основным диагностическим ангиографическим признаком ММ.

ММ встречаются изолированно при ангиографии и у больных с ИБС, гипертрофией левого желудочка и гипертрофической кардиомиопатией. Ангиографическая картина систолического сужения в области ММ у больных с нормальными коронарными артериями и при гипертрофической кардиомиопатии значительно различается. В случае отсутствия гипертрофии ММ при ангиографии дает стеноз по типу “крысиного хвостика”, без сужения септальных ветвей. У больных с гипертрофической кардиомиопатией фиксируется неравномерное, продолженное сужение типа “рыбы-пилы”, охватывающее среднюю и дистальную части сосуда, и это сужение распространяется на септальные ветви ЛПНА.

В ряде работ наличие ММ рассматривается как вариант нормы коронарной анатомии, так как большинство из них протекают бессимптомно и имеют хороший отдаленный прогноз.

Клиническая значимость ММ длительное время подвергалась сомнению, а имеющиеся указания на то, что артерия в зоне мостика не подвержена атеросклеротическим изменениям и что систолическое сужение артерии не дает клинической симптоматики, поскольку кровоснабжение миокарда осуществляется в диастолу сердца, отрицали возможность возникновения ишемии миокарда.

В клиническом примере у молодого футболиста во время игры развились острый тромбоз коронарной артерии в месте ММ и клиника инфаркта миокарда, но своевременно выполненный тромболизис привел к полному исчезновению симптомов инфаркта миокарда. Даже при нормальных коронарных артериях интенсивная физическая нагрузка или эмоциональное возбуждение приводит к увеличению продолжительности систолы до 2/3 сердечного цикла.

КРИСТАЛЛОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

В.А. Левченко (V курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н., асс. И.Н. Пермякова

*Кафедра факультетской терапии и профессиональных болезней с курсом последипломного образования
(зав. – д.м.н., проф. Б.Н. Левитан)*

Современные лабораторные методы исследования патологических состояний позволяют анализировать лишь основные характеристики устойчивых структур организма. Физико-химические, биохимические, иммунологические методы диагностики могут дать фрагментарные сведения о состоянии организма, что оправдывает себя только на первых этапах постановки клинического диагноза. В то же время, данные методы не позволяют выявить заболевание на этапе предболезни, когда патологические изменения не обрели еще свою клиническую форму, а находятся только на информационном уровне. Но способ наблюдения за высокодинамичными связями между биологическими жидкостями и состояниями органов и систем существует - например, путем перевода биологических жидкостей в твердую фазу.

Благодаря работам В.Н. Шабалина и С.Н. Шатохиной была основана «классическая» кристаллоскопия, в основе которой лежит собственная способность биосубстрата к кристаллогенезу. Ими были описаны новые маркерные структуры, образуемые биосубстратами при дегидратации в норме и при патологии.

Сначала кристаллографический метод диагностики нашел широкое применение в практике судебно-химического анализа, а затем и в медицине благодаря своей высокой чувствительности и экономичности. За последние 40 лет во многом расширились дифференциально-диагностические возможности в определении характера различных патологических процессов (аллергического, воспалительного, опухолевого). Перспективность использования метода показана при изучении различных заболеваний – атеросклероза, онкопатологии, хронических дерматозов, венерических, неврологических заболеваний, лепры, туберкулеза, заболеваний щитовидной железы, почек, глаз, хронического алкоголизма, почечной недостаточности, хронических заболеваний сердечно-сосудистой и пищеварительной систем, гестозах у беременных и многих других патологических состояний.

Для получения диагностической информации при изучении морфологической картины биожидкостей используются метод их структурного анализа – клиновидная (профильной) дегидратация, разработанный в НИИ геронтологии МЗ РФ. Предлагаемый методический комплекс позволяет визуально оценить молекулярный уровень биологических жидкостей, что и делает его пригодным для морфологических исследований, отличается технической простотой, высокой экономичностью, может использоваться в лабораториях любых лечебно-профилактических и научно-исследовательских учреждений.

Учитывая все перспективы применения метода клиновидной дегидратации при изучении различных заболеваний, в том числе туберкулеза, и малую изученность связи структурной организации сыворотки крови больных туберкулезом лёгких с влиянием противотуберкулезной терапии на сердечную мышцу, мы решили оценить особенности морфологической картины сыворотки крови больных до начала и в процессе проводимого лечения [1,2].

Доказано, что химиотерапевтические агенты оказывают негативное воздействие на клетки миокарда, которые имеют ограниченную регенераторную способность. При применении химиотерапии может развиваться кардиомиопатия, проявляющаяся в виде бессимптомных электрокардиографических нарушений, изменения артериального давления, аритмий. А это, в свою очередь, может привести к внезапной смерти при декомпенсации процесса. Поэтому в данном случае большое значение имеет диагностика предболезни и своевременное предотвращение осложнений.

Нами были исследованы сыворотки 56 больных, находящихся на 1, 2б и 4 режимах терапии. Из них были отобраны пациенты младше 32 лет. За критерий повреждения миокарда было взято значение уровня сердечного белка, связывающего жирные кислоты в сыворотке крови (БСЖК).

Морфотипы фаций сыворотки крови обследуемых лиц определяли согласно классификации, предложенной старшим научным сотрудником ФГУ «НИИ по изучению лепры Росздрава» к.м.н. А.К. Аюповой (2001). Учитывались характер расположения трещин, их величина, конфигурация, размеры и количество основных структурных показателей фации (секторов, отдельностей, конкреций).

Выделяли следующие морфологические типы фаций сыворотки крови:

- нормотип – отличается радиальным расположением секторов, выдержанностью формы и размеров отдельностей и конкреций (отдельности представлены в виде мелких геометрических фигур: трёх- или четырёхугольников, конкреции имеют округлую конфигурацию);
- упорядоченный тип – характеризуется частично-радиальным рисунком фации и сохраняющейся тенденцией к однообразию основных структурных элементов;
- «реактивный» тип – отличается высоким уровнем структурирования за счет большого количества основных элементов. Фации могут иметь как радиально симметричный, так и несимметричный рисунок;
- «депрессивный» тип – низкий уровень структурирования, единичные, слабо выраженные крупные трещины, малое количество отдельностей и незавершенных конкреций. Рисунок фации иррадиальный;
- «терминальный» – крайне низкий уровень структурирования, единичные иррадиальные трещины;
- «циркуляторный» – характерно особое круговое расположение трещин и всех основных структурных образований сыворотки крови.

Кроме этого, отмечалось наличие или отсутствие структурных маркеров патологических процессов, происходящих в организме обследуемого. К ним были отнесены:

- токсические бляшки с мелкими морщинками и складки белковой зоны – являются маркерами интоксикационного процесса;
- языковые микроструктуры – свидетельствуют о воспалительном процессе;
- листовидные структуры – характеризуют процессы склерозирования, фибрирования;
- жгутовые образования – отражают гипоксические и ишемические процессы в тканях;
- гребешковые структуры – характеризуют явления ангиоспазма, нарушение микроциркуляции;
- серповидные элементы – указывают на некробиоз и гипоксию в тканях;
- трещины «закрутки» – свидетельствуют о напряженности адаптационных механизмов гомеостаза;
- трехлучевые трещины – отражают застойные явления;
- двойная фация – свидетельствует о глубоких метаболических нарушениях в организме [3].

В сыворотке больных туберкулезом при кристаллографии были обнаружены следующие патологические структуры: бляшки, складки белой зоны, языковые элементы, листовидные структуры, жгутики. У всех больных с высоким уровнем БСЖК и на 1, и на 2 режиме встречались чаще бляшки, далее они возрастали на 2б режиме, при этом рос и уровень БСЖК (возможно, на фоне лекарственной интоксикации), складки белой зоны (далее снижаются на фоне лечения и по 1, и по 2б режиму, при этом снижается и выраженность туберкулезной интоксикации), кроме того, на 1 режиме снижается количество листовидных структур.

Таким образом, изучение морфологии биологических жидкостей представляет собой новую и интенсивно развивающуюся методологию исследования важных процессов организма, открывающую большие возможности для создания современных технологий получения информации о состоянии гомеостаза, патофизиологических механизмах на молекулярном уровне, а также о развитии заболевания и эффективности проводимой терапии.

ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ

К.Р. Муханова (IV курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н., асс. И.Н. Пермякова

*Кафедра факультетской терапии и профессиональных болезней с курсом последипломного образования
(зав. – д.м.н., проф. Б.Н. Левитан)*

Инфекционный эндокардит – это воспалительное заболевание инфекционной природы, при котором на клапанах, пристеночном эндокарде или на эндотелии крупных сосудов формируется патологический процесс в виде вегетаций, представляющих собой конгломерат из фибрина, тромбоцитов и микробных тел. Целью работы было углубленное изучение клинических особенностей данного заболевания, выявление динамики развития симптомов у пациентов разных возрастных групп, распространенность заболевания в Астраханской области на

2012-2013 г. В 2012 в Александрo-Мариинской областной клинической больнице было 15 больных с данным диагнозом, из которых 4 пациента-жители Астраханской области, 2-жители других городов, 9-городские жители. По данным на февраль 2013 года, зарегистрировано 3 больных с инфекционным эндокардитом, 2 пациента-городские жители. Практически все пациенты относятся к старшей возрастной группе, являются пенсионерами или инвалидами 2-3 групп, большинство из них мужчины. У всех пациентов отмечено улучшение после курса стационарного лечения. Почти все известные патогенные бактерии могут быть причиной развития заболевания. Около 85 % случаев инфекционного эндокардита обусловлено стафилококками, стрептококками или энтерококками. Важное условие развития ИЭ — повреждение эндокарда или эндотелия, которое может возникать в результате пороков клапанов, микротравм, операции, проникновения инородных тел и др. К повреждённому эндотелию прикрепляются тромбоциты, образуется небольшой, первоначально стерильный тромб. Затем такой тромб инфицируется различными возбудителями, циркулирующими в крови. Таким образом, формируется вегетация, состоящая из бактерий, тромба, лейкоцитов и тканевого детрита. Сами бактерии также способны напрямую повреждать клапаны сердца с образованием различных дефектов, фистул и абсцессов. Образование крупных и подвижных вегетаций может привести к эмболии. При эндокардите левых отделов сердца, чаще происходит эмболия артерий головного мозга, селезёнки, почек и нижних конечностей. Симптомы инфекционного эндокардита неспецифичны: лихорадка, озноб, повышенная утомляемость, ночная потливость, боль в суставах, снижение массы тела. Такие симптомы могут носить стёртый характер или даже отсутствовать у пожилых и лиц с иммунодефицитом. Дополнительные признаки — тёплая сухая кожа, тахикардия и увеличение селезёнки. При длительном течении заболевания появляются трофические расстройства: кожа шелушится, тургор её снижен, волосы ломкие. У части больных на коже может наблюдаться геморрагическая сыпь как проявление васкулита. Петехиальные высыпания бывают на слизистых полости рта, на конъюнктивах и складках век — это симптом Лукина-Либмана. Встречаются узелки Ослера — болезненные, выпуклые образования красного или пурпурного цвета, появляющиеся на ладонях, стопах и особенно часто на подушечках пальцев. Это редкое проявление инфекционного эндокардита, который патогномически относится к подострой форме. Узелки появляются после других характерных признаков и симптомов и исчезают спонтанно через несколько дней. Пятна Рота - кровоизлияния в сетчатку с белым центром [Пирогов К.Т., Внутренние болезни, 2005]. Характерны для подострого инфекционного эндокардита, однако они возникают также при лейкозах, сахарном диабете и многих других болезнях. Окончательный диагноз устанавливают при получении положительных результатов посева крови и данных об обнаружении вегетаций при эхокардиографии. Консервативное лечение включает в себя антибактериальную, противовоспалительную и симптоматическую терапию. Показаниями к хирургическому лечению являются ХСН, неэффективная антибактериальная терапия, сепсис, крупные, подвижные вегетации или повторные эпизоды эмболии, абсцесс сердца, вовлечение в процесс протеза клапана. При тяжёлом повреждении или разрушении клапана, обычно выполняют протезирование. В некоторых случаях проводят пластику клапана и удаление вегетаций. При ранней диагностике и своевременном адекватном прогнозе положительный.

ХИРУРГИЧЕСКИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ТЭЛА

М.Л. Ясуев (IV курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – клинический ординатор С.Т. Энгиноев

Кафедра сердечно-сосудистой хирургии ФПО (зав. – к.м.н., главный врач ФГУ ФЦССХ Д.Г. Тарасов)

Цель. Проанализировать результаты хирургического лечения ТЭЛА.

Материал и методы. В исследование включено 4 пациента, которым была выполнена тромбэндатерэктомия из ветвей легочной артерии по поводу хронической тромбоэмболии легочной артерии. Средний возраст больных составил 42 года. Больным наряду с рутинными методами диагностики (рентгенография грудной клетки, ЭКГ, ЭХО КГ, УЗИ сосудов нижних конечностей) были выполнены компьютерная томография (КТ) с контрастированием, ангиопульмонография.

Результаты. У всех пациентов отмечалась дыхательная недостаточность II-III ст. По данным УЗИ сердца среднее систолическое давление в легочной артерии (ЛА) составило 86 мм.рт.ст. Фракция выброса левого желудочка -54,5%, конечно-диастолический размер правого желудочка – 4,3 см. По результатам КТ у всех пациентов выявили дефекты контрастирования (тромбы) в ветвях ЛА, в 2-х случаях признаки инфаркта легкого. При исследовании сосудов нижних конечностей: признаки тромбоза глубоких вен-1, посттромбофлебитический синдром -1. Также всем пациентам выполнялась ангиопульмонография, при которой был подтвержден диагноз тромбоз ветвей ЛА. В результате полученных данных, трем пациентам установили кава-фильтр. В дальнейшем проведено хирургическое лечение ТЭЛА. Тромбэндатерэктомия из ветвей легочной артерии выполнялась на искусственном кровообращении с кардиоплегии, в условиях гипотермии. Защита миокарда выполнялась с помощью антеградной кардиоплегии раствором «Кустодиол», в двух случаях проводили «циркуляторный арест». Среднее время искусственного кровообращения составило 126,3 мин, время окклюзии аорты 48,7 мин. У 3-х больных была выполнена пластика трикуспидального клапана (по Де Вега -2, аннулопластика опорным

кольцом -1). Летальных исходов в нашем исследовании не было. В послеоперационном периоде по данным трансторакального УЗИ систолическое давление в ЛА снизилось с 86 мм.рт.ст. до 45 мм.рт.ст.

Вывод. Наличие хронической ТЭЛА является показанием для хирургического лечения.

ВЛИЯНИЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТЕРИОЗА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА НА МАРКЕРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

М.У. Мусаев (III курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н. С.Г. Касаткина

Кафедра пропедевтики внутренних болезней с курсом ревматологии (зав. – д.м.н., проф. А.А. Панов)

Субклинический гипотиреоз (СГ) — достаточно распространенное состояние, достигающее в популяции 6-17% [1]. В настоящее время отсутствует единая позиция, основанная на клинических исследованиях, как в отношении того, может ли СГ обуславливать повышение риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), так и относительно влияния заместительной терапии СГ на риск ССЗ. По данным Роттердамского исследования [2], СГ был ассоциирован независимо от уровня холестерина с атеросклерозом аорты и инфарктом миокарда у женщин старшей возрастной группы. Некоторые другие исследования также подтверждают связь СГ с развитием ССЗ, однако имеется ряд исследований, не обнаруживших связи СГ с повышением сердечно-сосудистого риска.

Высокий риск сосудистых осложнений при сахарном диабете (СД) 2 типа дал основание Американской кардиологической ассоциации причислить диабет к сердечно-сосудистым заболеваниям [3].

Распространенность сахарного диабета и заболеваний щитовидной железы возрастает, однако вопрос о влиянии нарушения функции щитовидной железы на сосудистые осложнения недостаточно изучен.

Дисфункция эндотелия является одним из ранних этапов развития атеросклероза у больных СД и может быть выявлена на начальных стадиях заболевания, еще до появления атеросклеротических бляшек. Диагностику повреждений эндотелия можно проводить еще до появления макроскопически значимых повреждений сосуда. Такими возможностями обладают современные ультразвуковые методы исследования [4]. Маркером его ранней доклинической стадии является толщина комплекса интима—медиа (КИМ).

Процессы атеросклеротического поражения сосудов медленно прогрессируют в течение многих лет задолго до клинических проявлений сердечно-сосудистых осложнений. Известно, что основой патогенеза атеросклеротического процесса являются иммунновоспалительные реакции [5].

Наибольшие перспективы связывают с использованием таких маркеров воспаления, как растворимые молекулы адгезии sICAM-1 (soluble intercellular adhesion molecules 1 — молекулы межклеточной адгезии 1-го типа) и sVCAM-1 (soluble vascular cellular adhesion molecules 1 — молекулы адгезии сосудистого эндотелия 1-го типа) [6,7]. Уже на ранних стадиях атерогенеза во время отложения липидов во внутренней оболочке артерий лейкоциты (моноциты и Т-лимфоциты) «прилипают» к поверхности эндотелия артерий и проникают в стенки сосудов. Необходимым условием для этого является усиление экспрессии на поверхности эндотелия сосудистых VCAM-1 и межклеточных ICAM-1 молекул адгезии. В физиологических условиях эндотелиальные клетки не экспрессируют молекулы адгезии (ICAM-1 плохо выявляется на покоящемся эндотелии, а VCAM-1 отсутствует). Концентрация последних на поверхности эндотелиальных клеток увеличивается при действии различных факторов, активирующих эндотелий [8, 9].

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

АНАЛИЗ БОЛЬНЫХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

С.В. Бугуров, Р.С. Чолаков

(IV курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н. И. Ю. Петелина

Кафедра факультетской терапии и профессиональных болезней с курсом последипломного образования (зав. – д.м.н., проф. Б.Н. Левитан)

Язвенный колит (неспецифический язвенный колит,НЯК) – это хроническое рецидивирующее воспалительное заболевание слизистой оболочки толстой кишки, приводящее к её некрозу и образованию язв.

Актуальность работы.

В Астраханской области растет заболеваемость НЯК. Трудноизлечимого, рецидивирующего заболевания, этиология которого сложна, сейчас неизвестна причина заболевания.

Цель.

В этой работе мы исследуем пациентов НЯК, методы лечения, возрастные и половые особенности, количество рецидива, локализацию поражения, и степень эффективности консервативного лечения при средней тяжести заболевания.

Материалы и методы – историй болезни (период 2011-2013).

Количество рецидивов.

Считается, что у больных неспецифическим язвенным колитом происходят рецидивы 1 раз в 1-2 года, а у 10% обострения наступают более 2 раз в 1 год.

Было проанализировано 30 больных, находящихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении АМОКБ в период 2011-2013 годов.

у 8 пациентов рецидив - 4 раза.

у 5 пациентов рецидив-3 раза.

у 11 пациентов рецидив-2 раза.

у 6 пациентов рецидив -1 раз.

Анализ зависимости пола, возврата от частоты возникновения заболевания.

Считается, что чаще всего болезнь поражает людей молодого возраста.

Было исследованы истории болезни в период 2011-2013 годов.

18 пациентов - в возрасте 25- 45 лет.

7 пациентов - в возрасте менее 25 лет.

5 пациентов – в возрасте более 45 лет.

И что женщины заболевают чаще мужчин.

В результате работы с историями болезни: диагноз НЯК поставлен у 12 мужчин и 18 женщин.

Анализ локализации поражения.

Выделяют

-дистальный колит (в виде проктита или проктосигмоидита);

- левосторонний колит (поражение ободочной кишки до правого изгиба);

- тотальный колит (поражение всей ободочной кишки с вовлечением в патологический процесс в ряде случаев терминального отрезка подвздошной кишки);

У 17 пациентов - левосторонний колит(А)

у 10 пациентов - дистальный колит(В)

у 3 пациентов - тотальный колит(С)

Лечение

Эффективность консервативного лечения.

Считается, что нехирургическое лечение остается ведущим в терапии язвенного колита. При легком течении заболевания, добиться ремиссии удастся в более чем 90% случаев. При среднем течении до 75% случаев. При тяжелом течении 25-30 %.

Заключение

В ходе анализа выяснено: НЯК - преобладает левосторонний тип. Активность 2 типа преобладает в частоте заболевания.

Женщины страдают чаще мужчин. Заболевание быстро прогрессирует, и локализация очагов поражения различна. У большинства пациентов наблюдаются рецидивы заболевания, даже не смотря на эффективное консервативное лечение. Рецидивы встречаются более чем у 90% больных. В АО распространенность язвенного колита (численность больных) составляет 35—70 больных на 100 000 жителей. При лечении НЯК отдается предпочтение консервативному лечению. При медикаментозном лечению отдают предпочтение сульфасалазин и глюкокортикоиды.

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Е.К. Дубова (III курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – асс. С.Н. Зязин

Кафедра пропедевтики внутренних болезней с курсом ревматологии (зав. – д.м.н., проф. А.А. Панов)

Язвенная болезнь относится к числу широко распространенных внутренних заболеваний и представляет собой чрезвычайно сложную медицинскую научную проблему, которая и в настоящее время до конца ещё не решена. По данным мировой статистики, она охватывает 6-10% населения экономически развитых стран. Несмотря на то что на исходе второго тысячелетия отмечается тенденция к устойчивому снижению частоты язвенной болезни, в США ежегодно регистрируется примерно 500 000 первичных случаев и 4 млн. рецидивов заболевания [1]. Масштабы распространенности заболевания в России не уступают показателям в США [2,1].

Ведущее место среди этиологических факторов развития язвенной болезни занимает пилорический хеликобактериоз. Ввиду того, что Россия относится к странам с высоким уровнем инфицирования *Helicobacter pylori* (до 80% и более), решение вопросов преодоления инфекции является актуальной медико-биологической задачей [3]. Совершенствование схем антихеликобактерной терапии позволило достигнуть известных успехов. Но в то же время нельзя сказать, что проблема решена полностью, так как ни одна из множества предложенных схем не обеспечивает 100% эрадикации. [4].

Проблема: В патогенезе поздней язвенной болезни пожилого и старческого возраста возрастает роль факторов, способствующих ослаблению защитных свойств слизистой оболочки гастродуоденальной зоны.

Значение этих факторов (в первую очередь, атеросклеротических изменений сосудов желудка, снижающих трофику его слизистой оболочки) становится особенно заметным в тех случаях, когда заболевание возникает без участия пилорического геликобактера. Язвенная болезнь у таких пациентов часто развивается на фоне гипертонической болезни, ишемической болезни сердца и других заболеваний, способствующих нарушению микроциркуляции в слизистой оболочке желудка. [1, 5].

Объект исследования. Больные старше 60 лет, страдающих язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в количестве 15 человек.

Предмет исследования. Особенности психологического статуса у больных пожилого и старческого возраста, страдающих болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

Актуальность исследования. Тема настоящего исследования обуславливается важностью и недостаточной изученностью вариантов данной патологии заболевания у больных старше 60 лет.

Цели исследования. Выявить особенности течения заболевания язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и возможности применения тренинга «Путь к долголетию» в комплексном лечении больных данной нозологии.

Задачи исследования. Для достижения поставленной цели, необходимо решить следующие задачи:

1) Необходимо выяснить отличия клинического течения заболевания у больных разных возрастных групп.

2) Необходимо выяснить зависимость периодов обострения и ремиссии у больных разных возрастных групп от сезонности.

3) Провести исследования психологического статуса и обосновать его особенности у больных разных возрастных групп, страдающих язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

4) Начать действовать на факторы, способствующие ослаблению защитных свойств слизистой оболочки гастродуоденальной зоны.

5) Оценить эффективность тренинга «Путь к долголетию» в комплексной терапии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у больных разных возрастных групп.

База, на которой проводилось исследование. В исследовании принимали 15 пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (9 мужчин и 6 женщин), которые находились в больнице имени Кирова и получали стандартное лечение и одинаковое питание. Контрольная группа составляла 5 человек (таблица 1).

Таблица 1

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОСНОВНОЙ И КОНТРОЛЬНОЙ ГРУПП ПО НОЗОЛОГИЧЕСКИМ ФОРМАМ

Нозологическая форма	Число больных основной группы		Число больных контрольной группы	
	Абс.	Отн.	Абс.	Отн.
Язвенная болезнь желудка	15	100 %	5	100%

Все больные на момент поступления в клинику имели клинические симптомы: боли в области эпигастрия, связанные с приемом пищи (голодные, усиливающиеся после приема пищи), изжогу, тяжесть в эпигастрии (таблица 2). Кроме того, у больных отмечались функциональные расстройства со стороны системы пищеварения, такие как - запоры или неустойчивый стул, метеоризм, «урчание», снижение аппетита.

Таблица 2

Клинические симптомы

Нозологическая форма	Симптомы					
	Боли в области эпигастрия		Изжога		Тяжесть в области эпигастрия	
	Основная группа	Контрольная группа	Основная группа	Контрольная группа	Основная группа	Контрольная группа
Язвенная болезнь желудка	12(80%)	5(100%)	6 (40 %)	4 (80 %)	14(93%)	4 (80 %)

Все больные основной и контрольной групп ежедневно осматривались.

Тренинг «Путь к долголетию» проводили больным основной группы 1 раз в 2 дня. Длительность курса составила — 5 занятий. Кроме того, больные обеих групп получали комплексную этиотропную и симптоматическую терапию.

Анализ клинических характеристик показал, что у больных, проходивших тренинг «Путь к долголетию», улучшение самочувствия и купирование симптомов нарушения функций желудочно-кишечного тракта происходило на 2-5 дней раньше, чем у пациентов контрольной группы (таблица 4).

Таким образом, применение тренинга «Путь к долголетию» вместе с основной схемой лечения способствует более раннему купированию симптомов заболевания у 65 % больных.

Таблица 4

Динамика купирования клинических симптомов у больных язвенной болезнью желудка основной и контрольной групп (день терапии)

Симптомы	Основная группа (15 человек)	Контрольная группа (5 человек)
Боли в области эпигастрия	3 день в 65% случаев 4-5 день в 35% случаев	4-5 день в 60% случаев 6 день в 40% случаев
Изжога	3 день в 65% случаев 4-5 день в 35% случаев	4 день в 50% случаев 5-7 день в 50% случаев
Тяжесть в области эпигастрия	3-4 день в 65% случаев 4-5 день в 35% случаев	4-5 день в 50% случаев 6-7 день в 50% случаев

УРОВЕНЬ ЛИПОПОЛИСАХАРИДСВЯЗЫВАЮЩЕГО ПРОТЕИНА (LBP) У БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

А.В. Сидоренко (VI курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н. Т.Р. Касьянова

*Кафедра факультетской терапии и профессиональных болезней с курсом последипломного образования
(зав. – д.м.н., проф. Б.Н. Левитан)*

Основным компонентом внешней оболочки грамм (-) бактерий, заселяющих кишечник человека, является липополисахарид (LPS), состоящий из иммуногенной полисахаридной части и консервативной липидной, связанной с токсичностью LPS. Эндотоксин освобождается в результате самообновления клеточного пула кишечной палочки (*E. coli*) и поступает в порталную кровь, осуществляя при этом антигенную стимуляцию макроорганизма. В крови здоровых людей циркулирует до 0,001 мг/кг свободного LPS и 2-16% LPS-положительных полиморфно-ядерных лимфоцитов [4].

В организме человека LPS вступает в контакт с LPS-связывающим протеином (LBP), являющегося интегральным составляющим врожденного иммунного ответа на инфекцию [3].

Эндотоксины грамотрицательных бактерий и синдром эндотоксемии являются важными патогенетическими факторами при циррозе печени (ЦП) [1]. Маркеры эндотоксемии определяют развитие патологического процесса в печени, тяжесть течения заболевания и его прогноз. Эндотоксины при ЦП являются причиной вторичного иммунодефицита, что приводит к смерти больных [2].

Цель работы.

Целью исследования явилось изучение уровня LBP в сыворотке крови у больных ЦП.

Основная часть.

Было обследовано 80 больных ЦП (47 мужчин и 33 женщины в возрасте от 37 до 68 лет), находившихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении ГУЗ Александрo-Мариинская областная клиническая больница г. Астрахани. Группу контроля (ГК) составили 15 здоровых людей.

Диагноз выставлялся в соответствии с современными классификациями заболевания на основании лабораторных и инструментальных методов обследования.

Больные ЦП были распределены по степени активности заболевания: с умеренной активностью – 58 (73%) и с высокой активностью – 22 больных (27%).

В соответствии с классификацией по Child-Pugh больные распределены следующим образом: класс «А» – у 19 (24%), класс «В» – у 45 (56%), класс «С» – у 16 больных

Уровень LBP исследовался в ЭДТА-плазме методом иммуноферментного анализа с помощью иммуноферментных систем фирмы HyCult biotechnology.

Выявлено, что у больных ЦП средний показатель LBP составил $43,0 \pm 1,4$ мкг/л, что достоверно превышает данный показатель в ГК со значением $13,5 \pm 0,9$ мкг/л ($p < 0,001$)

Анализ средних значений LBP в группах больных, разделенных на классы по классификации Child-Pugh, выявил, что данный показатель во всех 3-х случаях значительно превышал норму. Так показатель LBP в классе

«А» составил $37,9 \pm 2,1$ мкг/л, в классе «В» - $43,8 \pm 2,5$ мкг/л и в классе «С» - $48,9 \pm 2,3$ мкг/л. Достоверность различий отмечена между классами «А» и «С» ($\chi^2 = 5,61$, $p = 0,048$).

Известно, что тяжесть и прогноз ЦП зависят от выраженности основного синдрома заболевания - портальной гипертензии (ПГ). В связи с этим проведено исследование содержания изучаемого белка при основных проявлениях ПГ: асците, варикозно-расширенных венах пищевода (ВРВП) и гиперспленизме. Исследованы показатели LBP с данными проявлениями ПГ и без них. У 35 больных с асцитом уровень LBP составил $45,5 \pm 1,4$ мкг/л, а без асцита - $41,1 \pm 1,4$ мкг/л ($p < 0,05$). При гиперспленизме, выявленном у 41 больного, уровень LBP составил $43,3 \pm 1,4$ мкг/л, в то время как без него - $43,7 \pm 1,3$ мкг/л ($p > 0,05$). Высокие показатели LBP были при ВРВП: при II-III степени - $41,5 \pm 1,3$ мкг/л и при III-IV степени - $46,1 \pm 1,4$ мкг/л ($p < 0,05$), что свидетельствует о связи уровня LBP от степени выраженности флелбэктазий.

Выводы.

Таким образом, у больных ЦП выявлено значительное повышение уровня маркера неспецифического иммунитета LBP по сравнению с ГК в 3-4 раза. Содержание LBP в крови зависит от выраженности печеночно-клеточной недостаточности и проявлений ПГ. Повышение LBP в крови больных ЦП указывает на выраженность синдрома эндотоксемии и активацию антиэндотоксинового иммунитета.

ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТА

А.М. Читаев (III курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – д.м.н., доц. В.В. Антонян

Кафедра пропедевтики внутренних болезней с курсом ревматологии (зав. – д.м.н., проф. А.А. Панов)

Задачи исследования: изучить возможные причины развития неалкогольного стеатогепатита (НАСГ) у больных гастроэнтерологического отделения МУЗ ГКБ №3 им. С.И. Кирова.

Материал и методы исследования: обследовано 15 пациентов с не алкогольным стеатогепатитом в гастроэнтерологическом отделении МУЗ ГКБ №3 им. С.И. Кирова. Проводились общеклинические методы обследования, биохимия крови, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, компьютерная томография брюшной полости (КТ), эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС).

Результаты исследования: большинство пациентов (12 больных) страдающих НАСГ (80%) женщины. Средний возраст больных составил 53 ± 3 года. Для большинства случаев НАСГ не было яркой симптоматики. Пациентов беспокоили умеренно выраженные проявления диспепсии, слабость, чувство тяжести в правом подреберье. Поражения печени главным образом выявлялись при обследовании по поводу других проявлений метаболического синдрома: ожирение, ишемической болезни сердца (ИБС), сахарного диабета II типа, желчнокаменной болезни. Наиболее частым симптомом была астения. Реже отмечалось чувство тяжести, ноющие боли в правом верхнем квадранте живота, не имеющие отчетливой связи с каким-либо провоцирующими факторами. У 53% больных обнаружилось увеличение размеров печени, у 2 пациентов отмечалось увеличение селезенки по данным УЗИ.

Лабораторные признаки цитолиза выявлялись у 66% больных. Чаще содержание АЛТ превышало содержание АСТ. Инструментальные методы (УЗИ, КТ) позволили верифицировать наличие гепатомегалии, косвенно оценить степень стеатоза печени. При ЭГДС варикозного расширения вен пищевода не обнаружено.

У 6 больных (40%) НАСГ был связан с ожирением. Индекс массы тела был повышен на 30-40% по сравнению с нормой. У 5 больных (33%) диагностирован сахарный диабет II типа средней тяжести, но с длительным анамнезом заболевания. У 2 пациентов определено нарушение толерантности к углеводам. Гиперлипидемия наблюдалась у 14 больных (93%). ИБС страдали 9 пациентов (60%), у 12 пациентов (80%) – артериальная гипертензия различной степени тяжести, у 4 больных (26%) желчнокаменная болезнь.

Вывод: таким образом, наиболее частыми причинами НАСГ у наблюдаемых пациентов, явились заболевания, обусловленные нарушением обмена веществ на фоне метаболического синдрома, что согласуется с литературными данными.

ПРИЧИНЫ И МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ДИСБИОЗА КИШЕЧНИКА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ПЕРВОГО ТИПА

Р.Г. Курбанов (III курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – д.м.н., доц. В.В. Антонян

Кафедра пропедевтики внутренних болезней с курсом ревматологии (зав. – д.м.н., проф. А.А. Панов)

Цель исследования: изучить причины и возможные механизмы развития дисбиоза кишечника у больных сахарным диабетом I типа.

Материал и методы исследования: обследовано 16 больных с инсулинзависимым сахарным диабетом средней степени тяжести в возрасте от 46-57 лет (средний возраст $53,7 \pm 2,6$ лет) с дисбиозом кишечника. Из них мужчин – 7, женщин – 9 человек. Длительность анамнеза заболевания в среднем $10 \pm 3,2$ лет. Проводились общеклинические методы обследования; бактериологический метод определения микробных нарушений в кале.

Результаты исследования: у 16 больных сахарным диабетом I типа согласно классификации О.П.Марко и Т.К.Корневой, дисбиоз I стадии – у 3 и IV стадии – у 2 больных.

Из 16 обследованных больных у 8 (50%) отмечалась гипохлоргидрия желудочного сока, а известно, что соляная кислота является первым защитным барьером на пути проникновения микрофлоры из ротовой полости. Снижение защитного кислотного барьера позволяет микробам из полости рта и верхних отделов респираторного тракта колонизировать желудок и далее тонкую кишку.

У 5 больных (31%) определялось угнетение двигательной активности желудка и кишечника по рентгенологическим и электрогастрографическим данным.

У всех наблюдаемых пациентов по данным копрологического исследования определялась экскреторная недостаточность поджелудочной железы, нарушение гидролиза белков, жиров, углеводов (наличие в копрограмме стеатореи, креатореи, амилореи).

У 6 пациентов (37%) в кале определялись непереваренные субстраты.

Клинически нарушения микробиоты толстой кишки не имели четко выраженных клинических симптомов, сопровождалась метеоризмом разной степени выраженности, нарушением стула, у 7 пациентов (44%) была диарея. Эти симптомы обусловлены разными механизмами: прямой стимуляцией кишечной секреции бактериальными токсинами, повреждением этими токсинами мембранных ферментов тонкой кишки и вследствие этого нарушением переваривания, влиянием деконъюгированных желчных кислот.

Длительно существующие нарушения микробиоты толстой кишки снижают колонизационную резистентность, повышают аллергический фон организма и подверженность инфекциям, в том числе вирусным. Также снижается антиканцерогенный и антиатерогенный потенциал, что ускоряет развитие атеросклероза.

Для восстановления микробиоты у обследованных больных использовалось несколько групп средств разного механизма действия: пробиотики, микробные метаболиты, пребиотики и синбиотики.

Вывод: при наличии дисбиоза кишечника возможна ретроградная транслокация условно-патогенных представителей микробиоты толстой кишки в проксимальные отделы тонкой кишки, что может играть роль в формировании диабетической энтеропатии.

ТИПЫ СТРУКТУРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ СЫВОРОТКИ КРОВИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ДИФFUЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ

О.О. Евлашева (VI курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – д.м.н., профессор Б.Н. Левитан

*Кафедра факультетской терапии и профессиональных болезней с курсом последипломного образования
(зав. – д.м.н., проф. Б.Н. Левитан)*

Цель: установить основные типы кристаллографической картины (КК) сыворотки крови (СК) при ХДЗП.

Материалы и методы: Обследовано 119 больных ХДЗП в возрасте от 29 до 69 лет (73 с циррозом печени (ЦП) и 46 – хроническим гепатитом (ХГ)). Контроль- 50 здоровых лиц (ЗЛ). КК СК изучали методом клиновидной дегидратации (Шабалин В.Н., Шатохина С.Н., 2001). Высушенные капли СК (фации) исследовали, используя стереомикроскоп MZ 12,5 фирмы «Leica». Изучались цифровые изображения фаций сыворотки крови, полученные с помощью телевизионной камеры «Pixera».

Результаты: изучение КК СК при ХДЗП позволило выделить три ее типа. У больных ХГ и ЦП преобладали фации иррадиального типа, количество которых достоверно повышалось при ЦП ($p < 0,05$). При этом заболевании указанный морфотип становился доминирующим. Значительно реже у больных ЦП регистрировался частично радиальный тип, а циркуляторный так же, как и трехлучевой, отмечался в единичных случаях. При ХГ чаще регистрировались фации с частично радиальным и циркуляторным типами структуропостроения ($p < 0,05$). В целом у больных ХДЗП преобладали фации СК с существенными нарушениями на системном уровне, составившие в сумме при ХГ – 73,7%, при ЦП – 87,7%.

Таким образом, установлены основные морфотипы фаций СК больных ХДЗП, позволяющие оценить напряженность адаптационного состояния гомеостаза организма.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ ХИРУРГИИ

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ СПОНТАННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ

М.К. Бердников, Д.В. Рубан, Я.С. Кузин (VI курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – проф., д.м.н. Д.Г. Мустафин

*Кафедра факультетской хирургии с курсом последипломного образования
(зав. – д.м.н., проф. Р.Д. Мустафин)*

Механизмы формирования буллезных изменений в легких и пневмоторакса остаются невыясненными, имеются разногласия в определении характера и объема хирургического лечения.

Согласно литературным сведениям [1,2,4], наиболее частая причина возникновения первичного спонтанного пневмоторакса (ПСП) это больные ХОБЛ. Риск развития ПСП в 9–22 раза выше у курящих, чем у некурящих. Такая сильная ассоциация между курением и возникновением ПСП предполагает наличие определенной легочной патологии. Действительно обнаружено, что среди курящих больных, перенесших ПСП, морфологические изменения ткани легких у 87% больных соответствуют картине респираторного бронхоолита. В патогенезе спонтанного пневмоторакса, участие принимает буллезная болезнь [1,2]. Происходит разрыв субплеврально расположенных воздухоносных полостей: блебов и булл. Факторами риска являются: курение, легочные инфекции, мужской пол, астеническое телосложение, физическая нагрузка, высотные полеты, ныряние, генетические причины. Развивающийся пневмоторакс приводит к спаданию легкого, уменьшает дыхательный объем, замедляет кровоток в легком, что приводит к более длительному лечению и реабилитации больного [1].

Материал и методы. За последний год мы исследовали в торакальном отделении областной клинической больницы 79 больных спонтанным пневмотораксом в возрасте 17–82 лет. По сравнению с 2011 годом отмечен рост числа возникновения спонтанного пневмоторакса среди пульмонологических больных на 8 случаев (10%) У 91% пневмоторакс первичный – у 9%-рецидивирующий. Тотальный коллапс легкого отмечен в 18%, субтотальный–76,8%, частичный–5,2%. Ведущее место в комплексной диагностике продолжает занимать рентгенологическое обследование. С появлением компьютерной томографии и торакоскопической техники появились новые перспективы определения выбора тактики лечения. Одним из наиболее важных параметров, определяющих выбор лечебной тактики больных, является размер пневмоторакса. Предложено несколько формул для вычисления объема пневмоторакса на основе рентгенологических и КТ методов визуализации. В наших наблюдениях размер ПСП определялся степенью коллабирования легких по рентгенографическим данным. Методы расчета, основанные на КТ данных, считаются более точные по сравнению с рентгенографией, (коэффициент корреляции рассчитанного и действительного объема воздуха составляет $r=0,98-0,99$, $p<0,0001$), но не нашли широкого применения в связи с высокой стоимостью. В некоторых согласительных документах предлагается еще более простой подход к определению объема пневмоторакса, например в руководстве British Thoracic Society пневмотораксы подразделяются на малые и большие при расстоянии между легким и грудной стенкой менее 2 см и более 2 см соответственно, а руководство American College of Chest Physicians рекомендует делить пневмотораксы в зависимости от величины расстояния между верхушкой легкого и куполом грудной клетки: малый пневмоторакс при расстоянии менее 3 см, большой – более 3 см. Наиболее широкое признание получила формула R.Light, основанная на положении, что объем легкого и объем гемоторакса пропорциональны величине их диаметров, возведенных в третью степень. Размер пневмоторакса по формуле Light рассчитывается следующим образом:

$$\text{Объем пневмоторакса (\%)} = (1 - \text{DL}^3 / \text{DH}^3) * 100,$$

где DL – диаметр легкого, DH – диаметр гемоторакса на рентгенограмме грудной клетки. В проведенном исследовании Норреп и соавт. подтвердили надежность формулы Light: у 18 больных с ПСП корреляция между расчетными данными и объемом воздуха, полученного при аспирации, составила $r=0,84$ ($p<0,0001$), т.е. метод может быть рекомендован для широкого использования в клинической практике [3].

Результаты исследования. У 50 больных лечение было успешным при раннем дренировании с активной аспирацией. Дренаж устанавливался по среднеключичной или среднеподмышечной линии под местной анестезией. При ПСП небольшого объема (менее 15% или при расстоянии между легким и грудной стенкой менее 2 см) у 1 больного без выраженного диспноэ, при расстоянии между легким и грудной стенкой менее 1 см или при изолированном верхушечном пневмотораксе, проводилось лечение 2-х кратной пункцией. Полное разрешение частичного пневмоторакса объемом 15% наступило в течение 4 дней.

Всем больным, проводили кислородотерапию в объеме 10 л/мин через маску или носовые канюли, что позволяет ускорить разрешение пневмоторакса в 4–6 раз [4]. Назначение кислорода абсолютно показано больным с гипоксемией, которая может возникать при напряженном пневмотораксе даже у больных без фоновой патологии легких. У больных ХОБЛ и другими хроническими заболеваниями легких при назначении кислорода необходим контроль газов крови, так как возможно нарастание гиперкапнии. При выраженном болевом синдроме назначали анальгетики. Торакотомия выполнена у 28 при безуспешности дренажно-аспирационного способа после 5 суток лечение аспирационно-дренажным способом. Придерживались максимально органосохраняющей тактики, выполняя краевую резекцию легкого, реже – прошивание буллы, что сопровождалось обязательным плевродезом. 6 операций в этой группе выполнены с видеоассистированной поддержкой.

Таким образом, исследование демонстрирует целесообразность аспирационно-дренажной тактики лечения спонтанного пневмоторакса с кислородотерапией. Этот метод при меньшей травматичности для пациента приводит к ранней активизации и выписке только 64,5% больных. При сохранении коллабирования легкого с признаками бронхо-альвеоларно-плеврального свища у 35,5% выполнялась их ликвидация торакотомным доступом.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИЗМЕРЕНИЯ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПЕРИТОНИТОМ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

М.Л. Ясуев (IV курс, лечебный факультет)
Научный руководитель – проф., д.м.н. Р.Д. Мустафин
Кафедра факультетской хирургии с курсом последипломного образования
(зав. – д.м.н., проф. Р.Д. Мустафин)

Перитонит – основная причина смерти пациентов, оперированных по поводу заболеваний органов брюшной полости. В патогенезе перитонита существенную роль играет внутрибрюшная гипертензия (ВБГ), при достижении которой значения 20 мм.рт. ст. и выше возникает абдоминальный компартмент-синдром, приводящий к развитию полиорганной недостаточности

Цель: изучить диагностическое и прогностическое значение измерения ВБГ при абдоминальном компартмент-синдроме у больных перитонитом.

Материалы и методы: Обследовано 12 пациентов: 7 мужчин и 5 женщин в возрасте от 22 до 54 лет с распространенным перитонитом (деструктивный аппендицит – 4, прободная язва – 2, острый холецистит – 2, перфорация тонкой кишки – 2, острая кишечная непроходимость – 1, травма живота – 1). Внутрибрюшное давление измеряли непрямым методом с помощью аппарата Вальдмана и катетера Фолея, введенного в мочевого пузыря.

Результаты и обсуждение. Первая степень ВБГ ($18,5 \pm 3,5$ мм. рт. ст.) выявлена у 7 больных, вторая ($24,5 \pm 2,5$ мм.рт. ст.) - у 2 больных, третья ($34,5 \pm 3,5$ мм. рт. Ст.) - у 3 больных. Больные с первой степенью внутрибрюшной гипертензии получали стандартное комплексное лечение в отделении реанимации. Больным со второй степенью ВБГ проводилась дополнительная стимуляция кишечника, декомпрессия тонкой кишки аспирацией по зонду и дополнительная инфузия растворов с целью создания искусственной гиперволемии. У больных с третьей степенью ВБГ были выполнены хирургические декомпрессионные мероприятия: у двоих пациентов при выполнении санационной релaparотомии рана была ушита только кожными швами, одному пациенту была выполнена лапаростомия с открытым ведением раны. Среди больных с первой и второй степенью ВБГ летальных исходов не было, умерло двое больных с третьей степенью повышения внутрибрюшного давления.

Заключение: Контроль ВБГ при перитоните позволяет дать более точные данные о тяжести состоянии больного и его прогнозе.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОТЕЗИРУЮЩИХ МАТЕРИАЛОВ

А.М. Османов, А.Б. Бабаева
(V курс, педиатрический факультет), Г.А. Гаджиев
(III курс, педиатрический факультет)
Научный руководитель – к.м.н., доц. В.А. Бондарев
Кафедра хирургических болезней педиатрического факультета (зав. – д.м.н., проф. В.А. Журнаджьянц)

Актуальность: Актуальность проблемы лечения ущемленных грыж передней брюшной стенки заключается в значительной тяжести и опасности возможных осложнений, а также высокой частотой встречающейся патологии. По данным литературы, а так же на основании собственного опыта основная часть ущемления приходится на паховые (58%), пупочные (24%) и послеоперационные грыжи (12%). Остальные 6% приходятся на бедренные, поясничные и грыжи Спигелевой линии [1,2,3,4].

Цель: улучшить результаты хирургического лечения больных с ущемленными грыжами передней брюшной стенки.

Методика исследования: с 2006 по 2012 годы на клинических базах кафедры АГМА по поводу ущемленных грыж брюшной стенки было оперировано 157 больных в возрасте от 35 до 87 лет с ущемленными паховыми грыжами 83 (52,9%) пациента, с ущемленными пупочными грыжами - 41 (26,1%) пациент, с ущемленными послеоперационными грыжами - 14,6%, с ущемленными бедренными грыжами 10 (6,4%) пациентов. По полу: женщин - 76 (48,4%), мужчин - 81 (51,6%).

Результаты: У 96 (61,1%) в качестве пластического материала применялась полипропиленовая сетка. У 56 (35,7%) пациентов с ущемленными грыжами передней брюшной стенки проводилась пластика дефекта апоневроза местными тканями. В 5 (3,2%) случаях выполнена пластика аутодермальным лоскутом по Янову. Пластика полипропиленовой сеткой была выполнена: при ущемленных паховых грыжах в 59 (64,8%) случаях; при ущемленных пупочных грыжах у 13 (14,3%) больных. Для определения степени выраженности воспаления, в отделяемом из послеоперационных ран исследовали уровни острофазовых белков-ферритина (Ф) и лактоферина (ЛФ), отвечающих за воспалительную реакцию тканей. У больных с нагноением послеоперационной раны не зависимо от способа герниопластики наблюдались высокие титры белков

острой фазы (ЛФ-3937 нг /мл, Ф- 22448 нг/мл), при серозном отделяемом концентрация белков была невысокой (ЛФ-559 нг /мл, Ф- 14368 нг/мл).

Выводы: Количество послеоперационных осложнений при ущемленных грыжах передней брюшной стенки, а также динамические изменения уровня белков острой фазы не ограничивает возможности применения полипропиленовой сетки при данной патологии и не зависит от выбора способа пластики дефекта апоневроза. Специфические осложнения при использовании протезирующих материалов, в виде сером послеоперационной раны, разрешаются консервативными мероприятиями в 99% случаев. При ущемленных грыжах передней брюшной стенки противопоказанием для применения полипропиленовой сетки являются флегмона грыжевого мешка, а также изначальное инфицирование операционной раны. Применение полипропиленовой сетки при ущемленных послеоперационных грыжах с большим дефектом апоневроза в качестве пластического материала, позволяет избежать в послеоперационном периоде таких осложнений, как абдоминального компартмент-синдрома, дыхательной недостаточности, рецидива заболевания.

ХИРУРГИЧЕСКИЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ДИАСТАЗ ПРЯМЫХ МЫШЦ ЖИВОТА

О.В. Кравченко (VI курс, педиатрический факультет)
Научный руководитель – к.м.н., доц. В.А. Бондарев

Кафедра хирургических болезней педиатрического факультета (зав. – д.м.н., проф. В.А. Журнаджянц)

Диастаз - это расхождение прямых мышц живота, которое вызвано повышенным внутрибрюшным давлением на соединительную ткань, связывающую эти мышцы.

Диастаз прямых мышц живота как отдельная нозологическая форма встречается у 0,5-1% населения нашей страны, а в сочетании с пупочными и грыжами белой линии живота явление часто встречаемое в хирургической практике [1,3,4]. Выполнение грыжесечения без ликвидации диастаза прямых мышц живота, часто приводит к возникновению новых грыж по ходу белой линии живота.

Цель: проведение сравнительной оценки эффективности существующих способов устранения диастаза прямых мышц живота с разработанной нами методики.

Существенным недостатком большинства применяемых безнатяжных методов устранения диастаза прямых мышц живота, является отсутствие учета биомеханических и топографических аспектов состояния передней брюшной стенки [2,4,6]. При вскрытии влагалища прямых мышц живота, их прошивании происходит прогрессивная атрофия мышц, что ведет к рецидивам. В результате атрофии мышц сохраняется их диспозиция и не происходит адекватного сокращения, что приводит к нарушению дыхания.

Проанализировав вышеизложенное, мы предложили собственный способ устранения диастаза прямых мышц живота. Суть способа заключается в том, что выделенный апоневроз рассекают по краю влагалища левой прямой мышцы, без вскрытия последнего, отступя от края 1см. Тупым путем препарируют брюшину с предбрюшинной клетчаткой от задней стенки влагалища правой прямой мышцы живота. Первый ряд швов накладывают между подготовленным сухожилием влагалища левой прямой мышцы и задним листком влагалища правой прямой мышцы живота, тем самым сближая края прямых мышц. Вторым швом фиксируют свободный край апоневроза с правой стороны к передней стенке влагалища на всем протяжении, формируя белую линию живота.

Данным способом достигается восстановление белой линии живота и восстановление полноценной функции передней брюшной стенки.

НЕПРЯМАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Г.Н. Баймуханова, М.К. Алсабекова
(V курс, педиатрический факультет)
Научный руководитель – д.м.н., асс. В.А. Кисляков

Кафедра хирургических болезней педиатрического факультета (зав. – д.м.н., проф. В.А. Журнаджянц)

Актуальность: сахарный диабет, наряду с ишемической болезнью сердца и онкологическими заболеваниями, является наиболее частой причиной инвалидности и смертности. В Астраханской области, по данным Национального Регистра сахарного диабета, за последние 10 лет количество пациентов выросло более чем в 3 раза. Также возросло количество пациентов с синдромом диабетической стопы и встречаются ситуации, когда больным не может быть выполнена прямая реваскуляризирующая операция

Цель: улучшение результатов хирургического лечения больных с синдромом диабетической стопы.

Материалы и методы: рассмотрены 35 историй болезней пациентов с диагнозом СДС на базе городской клинической больницы № 3 имени С.М. Кирова. Из них мужчин 14 (40%), а женщин 21 (60%). Возраст пациентов – от 46 до 75 лет. Длительность сахарного диабета от 1,5 до 20 лет; все больные для коррекции получали инсулин. У всех больных наблюдалась нейроишемическая форма СДС – 35 больных. При деструктивной нейроишемической форме СДС у 18 пациентов наблюдался дистальный тип поражения артерий нижних конечностей, а у 17 – магистральный, с критическим стенозом на уровне бедренной артерии. У всех наблюдалась ишемия III б и IV степени по Фонтейну – Покровскому.

Мы решили применить нашу методику у пациентов, которым не выполнялись операции в сосудистом отделении ввиду невозможности или бесперспективности. Диагностический алгоритм не отличался от обычного при СДС.

В ближайшем послеоперационном периоде наблюдались следующие отрицательные результаты: в одном (2,8%) случае сочетанная операция (РОТ с декомпенсированным эпиневролизом и экзартикуляцией пятого пальца с резекцией плюсневой кости) не принесла эффекта при ишемии IV и некрозом пятого пальца – через 2 недели после операции развился острый тромбоз в районе средней трети бедренной артерии – выполнена ампутация на уровне бедра (индекс резистентности и пульсативности не изменился); в трех (8,5%) случаях образовалась серома в области выполнения декомпенсированного эпиневролиза большого нерва, - т.е. общий процент осложнений составил 11,3%; одна больная умерла от инфаркта миокарда, острой левожелудочковой недостаточности, летальность – 2,8%.

В остальных случаях – пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии. Наблюдение в динамике, в сроки 3, 6, 12, 18, 24 месяца, показало, что у больных увеличилась скорость магистрального или коллатерального кровотока: увеличение индекса резистентности и пульсативности (причем первые субъективные признаки через 7-14 дней, а объективные через 3-6 месяцев), изменилась чувствительность стопы, исчезли нейропатические ощущения и боли, как проявления «тоннельного синдрома», регрессировали трофические расстройства.

В отдаленном периоде, через 12-24 месяца: одна больная умерла от повторного острого нарушения кровообращения по геморрагическому типу и один больной – от инфаркта миокарда (5,6%).

Остальные пациенты (94,4%) приходили на контроль через каждые 5-6 месяцев, получали курсы консервативной профилактической терапии, и в настоящее время у них не страдает качество жизни (пенсионеры социально и функционально реабилитированы, работающие не изменили своего труда). Необходимо отметить, что с изменением биомеханики стопы у некоторых пациентов периодически появлялись мозоли и участки гиперкератоза, иногда подкожные гематомы в местах повышенного плацентарного давления, которые удавалось разрешить консервативным путем.

С определенной долей уверенности можно сказать, что вышеописанные методические подходы в лечении деструктивных поражений при различных формах синдрома диабетической стопы могут эффективно применяться в клинической практике.

Вывод: реваскуляризирующая остеотрепанация с удалением патологического очага на стопе у больных с синдромом диабетической стопы (при нейроишемической форме) может использоваться как хирургическое лечение при отсутствии возможности выполнения прямой реваскуляризирующей сосудистой операции (в случаях, когда сосудистые хирурги отказали пациенту).

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ КОЛОПЕРФУЗИЯ ПРИ ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Ю.Р. Мустафина (клинический ординатор)

Научный руководитель – доцент, д.м.н. Н.В. Костенко

*Кафедра факультетской хирургии с курсом последипломного образования
(зав. – д.м.н., проф. Р.Д. Мустафин)*

Проблемы, связанные с хирургическим лечением обтурационной толстокишечной непроходимости дистальных отделов ободочной кишки сохраняют актуальность и продолжают оставаться предметом подробного обсуждения в литературе [2,6,7].

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 96 больных острой обтурационной кишечной непроходимостью (мужчин – 41, женщин – 55) в возрасте от 36 до 69 лет. Основными причинами развития обтурационной непроходимости была опухоль левой половины толстой кишки.

Интраоперационные манипуляции у 67 больных основной группы осуществлялись в виде последовательных этапов: декомпрессии, мобилизации и резекции, колоирригации [3,7,8], колосорбции и колоперфузии с введением 100 мл перфторана [3], формирование анастомоза [4]. В группу сравнения вошли 29 пациентов, колоирригация и колоперфузия которым не проводилась. Им была выполнена резекция толстой кишки с формированием колостомы. Наряду с изучением клинических результатов выполняли микроскопическую оценку со-

стояния кишечной стенки, с помощью ЛДФ мониторировали микроциркуляторные нарушения, изучали динамику молекул средней массы (МСМ) и уровня кислого α -1-гликопротеина (орозомукоида) [1].

Результаты. Средняя продолжительность операции в основной группе составила $210,2 \pm 18,5$ минут, в группе сравнения - $190,5 \pm 22,5$ минут.

При изучении морфологии стенки кишки у больных основной группы нами был выявлен более выраженный (нежели в группе сравнения) отек подслизистого слоя, при этом обращало на себя внимание практически полное исчезновение участков с некробиотическими изменениями. При изучении микроциркуляторных изменений у пациентов основной группы отмечалось повышение уровня показателя микроциркуляции (ПМ) в среднем на 45 %, при этом нами были выявлены различия между группами ($p < 0,05$).

Лабораторно нами было обнаружено, что высокие уровни МСМ к моменту окончания операции у больных основной группы постепенно снижаются к 5-м и еще более – к 7-м суткам. В группе сравнения к 3-м суткам значение уровня МСМ возвращалось к исходным цифрам, и только к 7-м суткам намечалась тенденция к снижению показателя. К первым суткам послеоперационного периода отмечается довольно заметное повышение уровня орозомукоида, которое сохраняется у больных группы сравнения практически до 5-х суток, и лишь к 7-м суткам снижается. В основной группе отмечается поступательное снижение показателя, достигающего к 7-м суткам «нормальных» значений. Нагноения послеоперационной раны были выявлены у 3 больных основной группы и у 4-х – в группе сравнения. Парез кишечника, потребовавший применения медикаментозной стимуляции, в основной группе был зарегистрирован у 2 больных, в группе сравнения – у 6. Параколомические осложнения были обнаружены у 2 пациентов из группы сравнения. Ограниченная несостоятельность в виде трубчатого свища толстокишечного анастомоза развилась у одной пациентки, свищ самостоятельно закрылся на 32-е сутки. Летальных исходов было три: 2 в группе сравнения и 1 - в основной группе (больной умер на 9-е сутки от острого нарушения мозгового кровообращения при отсутствии признаков абдоминальных осложнений).

Таким образом, по особенностям течения послеоперационного периода, сокращению сроков восстановления моторики толстой кишки и меньшему количеству послеоперационных осложнений у больных основной группы можно судить о клинической эффективности применения разработанных лечебных мероприятий.

ТРАВМА, ТРАВМАТИЗМ И ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

ПОВРЕЖДЕНИЕ АХИЛЛОВА СУХОЖИЛИЯ

В.И. Шиянов

(VI курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель – д.м.н., доц. Л.А. Гончарова

Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии (зав. – д.м.н. С.В. Дианов)

Этиология и патогенез такого, казалось бы простого состояния, как разрыв ахиллова сухожилия, при более детальном знакомстве с проблемой оказываются не столь просты и однозначны. Более того, несмотря на пристальный интерес большого числа хирургов и многочисленные исследования, получены четкие ответы лишь на малую часть вопросов. Исследования на животных позволяют получить не совсем корректную информацию, так как, во-первых, само ахиллово сухожилие человека уникально, и, во-вторых, у животных повреждение сухожилия моделируется тенотомией, что далеко не идентично истинному разрыву. А биомеханические модели навряд ли близки к истинным условиям нагрузок, испытываемых ахилловым сухожилием, так что практическая ценность полученных знаний невелика.

Выбор метода лечения острых разрывов ахиллова сухожилия в большинстве случаев определяется личными предпочтениями хирурга. Открытое оперативное лечение позволяет получить в целом более высокие функциональные результаты, но сопряжено с более высокой частотой осложнений. Главными недостатками консервативного лечения являются высокая частота реруптур и менее высокие функциональные результаты, но при этом исключаются осложнения оперативного лечения.

Одну из главных методологических проблем представляет собой отсутствие универсальной валидной шкалы оценки результатов лечения разрывов ахиллова сухожилия. Наилучшая шкала предложена Leppilahti и соавторами, которая включает в себя субъективную оценку и изокинетическое измерение силы плантарной флексии. Однако, этот инструмент используется другими авторами редко, что объясняется достаточно высокой стоимостью и малой распространенностью установок изокинетической динамометрии.

Если предположить, что эпидемиологические данные действительно соответствуют истинному повышению частоты разрывов ахиллова сухожилия в последние десятилетия, то изучение вопросов лечения этой патологии представляет собой одну из самых актуальных задач ортопедии.

Перспективными направлениями являются разработка методов стимуляции сращения, что станет возможным благодаря более пристальному изучению биохимических процессов, например влияния цитокинов,

или использования достижений тканевой и генной инженерии. Однако такие новаторские решения навряд ли будут возможны в широкой клинической практике в ближайшей перспективе.

ПРИМЕНЕНИЕ КОРСЕТА ТИПА ШЕНО В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

М.Д. Расулов (V курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель – д.м.н., доц. Л.А. Гончарова

Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии (зав. – д.м.н. С.В. Дианов)

Актуальность проблемы: Сколиоз - достаточно распространенная патология в детской ортопедической практике. Предлагаемый метод является альтернативой хирургическому лечению сколиоза, однако результаты корсетотерапии в Астрахани изучены недостаточно.

Цель работы: Проанализировать первоначальные результаты лечения корсетом Шено детей со сколиозами и кифосколиозами в ортопедо-травматологическом отделении ОДКБ им. Силищевой.

Результаты: Нами проанализировано 28 пациентов, пролеченных в 2011-2012 гг. с деформацией позвоночника в ортопедо-травматологическом отделении корсетом Шено. Возраст детей от 10 до 14 лет, из них 21 девочка и 7 мальчиков. Лечение проводилось на протяжении 18-20 месяцев и сочеталось с корригирующей гимнастикой, массажем и режимом разгрузки. У 26 детей отмечено улучшение осанки. Коррекция составила от 10 до 25 градусов. Результаты лечения зависят от соблюдения правил и времени ношения корсета.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА МЕХАНИЧЕСКОЙ АСФИКСИИ

Ю.С. Рогозина (VI курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель – асс. В.П. Мамонтов

Кафедра судебной медицины (зав. – к.м.н. П.Г.Джуваляков)

Кислородное голодание организма, развивающееся при понижении содержания кислорода в тканях, обозначают термином – гипоксия. Самые разнообразные изменения во внешней среде или в самом организме могут вызвать гипоксию, которая сопровождается расстройством здоровья или приводит к быстрому наступлению смерти. Быстрое наступление смерти в результате гипоксии связано с тем, что запасы кислорода в человеческом организме (в альвеолярном воздухе, в крови и тканях) составляют не более 2000 – 2500 мл. Такое небольшое количество кислорода достаточно для обеспечения жизни человека лишь в течение нескольких минут (в среднем 5-8 минут). В судебно-медицинской практике наиболее часто встречаются случаи связанные с острым гипоксическим состоянием, наступающим в результате воздействия факторов внешней среды, которое получило название механической асфиксии. Экспертиза трупов лиц, умерших от различных видов механической асфиксии, составляет около 25% от всех случаев насильственной смерти. Механическая асфиксия развивается при различных воздействиях факторов внешней среды (закрытие просвета дыхательных путей, утопление, сдавление шеи, сдавление груди и живота, пребывание в замкнутом пространстве и др.). В зависимости от характера внешнего механического фактора и места приложения его действия на теле, механическая асфиксия классифицируется на несколько видов, имеющих общие, а также характерные для каждого вида морфологические признаки. В ряде случаев механическая асфиксия, как непосредственная причина смерти, является «осложнением» травмы (например: аспирация крови при травмах черепа, шеи, закрытие просвета гортани в результате травматического отека мягких шей и др.). Наступление смерти вследствие механической асфиксии происходит при различных обстоятельствах (самоубийство, убийство, несчастный случай), установление которых является задачей лица проводящего расследование. При максимальном выявлении и правильной оценке морфологических признаков механической асфиксии, и других объективных данных судебно-медицинской экспертизы трупа, в ряде случаев можно установить обстоятельства развития механической асфиксии, что имеет большое значение и является важным для лица проводящего расследование.

ЭХИНОКОККОЗ КОСТЕЙ

И.А. Захарова, (IV курс, педиатрический факультет)

А.Н. Вороводин (IV курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н. Р.С. Аракельян

Кафедра инфекционных болезней (зав. – д.м.н., проф. Х.М. Галимзянов)

Эхинококкоз относится к группе паразитарных заболеваний цестодозов и заключается в образовании эхинококковых кист в костях, печени, легких, других органах и тканях человека. Возбудитель – личиночная стадия ленточного глиста эхинококка (*Echinococcus granulosus*), относящегося к классу цестод (ленточных червей), семейству цепней.

Кости поражаются эхинококкозом всего в 0,4-3,2% случаев. На первое место по локализации должен быть поставлен позвоночник, на долю которого падает около 40% всех опубликованных случаев. Затем следуют тазовые кости, составляющие около 30%. Остальные 30% относятся к длинным трубчатым костям - бедру, плечу, большеберцовой кости, а также и ребрам, которые поражаются иногда по несколько у одного и того же человека. Реже всего фигурируют кости черепа.

Онкосферы паразита попадают в кости с током артериальной крови из большого круга кровообращения и начинают развиваться в костных пространствах. В длинных трубчатых костях они обычно оседают в эпиметафизарной зоне, наиболее васкуляризованной части кости. В костной ткани вокруг паразитарной кисты не образуется фиброзная оболочка, поэтому, встречая при своем развитии препятствие со стороны костных трабекул, киста как бы продавливается между ними. При этом оболочки ее разрываются, и происходит обсеменение соседних участков кости. В связи с этим эхинококковая киста не имеет обычной для других органов округлой формы. Таким образом, эхинококкоз костей представляет собой сочетание первичного и вторичного поражения эхинококкозом.

Вторичный эхинококкоз кости наблюдается изредка при проникновении паразита в кости из расположенных рядом мягких тканей, в которых происходило его первоначальное развитие. По мере роста паразитарной кисты усиливается давление ее на окружающие участки кости, что приводит к их некрозу и деструкции с образованием секвестров. Постоянно прогрессируя, эхинококкоз захватывает все большие участки костной ткани. В конце концов, это может привести к полному разрушению кости. Патологический перелом, возникающий в подобных случаях, сопровождается вскрытием эхинококковых пузырей и обсеменением окружающих тканей. На его месте нередко образуются длительно не заживающие свищи. Паразитарная киста в процессе своего роста не только приводит к обширному разрушению пораженной кости, но и распространяется иногда на суставной хрящ и смежную кость, а также может выходить за пределы кости в окружающие мягкие ткани.

В плоских костях (черепа, грудины, таза) легко образуются узур, способствующие проникновению паразита в соответствующие полости и поражению соседних органов, что значительно отягощает состояние больных, осложняет лечение и ухудшает прогноз. Эхинококк в кости отличается особенно медленным ростом и поэтому заболевание может продолжаться несколько лет.

Киста наблюдается только у взрослых людей. Обычно увеличение неосложненного эхинококка не вызывает болей и вообще остается скрытым, пока не наступает заметное на глаз или определяемое на ощупь увеличение размеров кости и ее деформация. Клиническая картина меняется, когда наступают патологические надломы или переломы истонченной изнутри кости, прорыв пузыря в мягкие ткани, вторичная инфекция эхинококка и другие осложнения основного патологического процесса. Тогда может подняться температура тела, появляются припухлость, инфильтрация и отечность окружающих тканей, покраснение кожных покровов, болезненность или чувствительность при надавливании.

Рентгенологические особенности заключаются в том, что нет сплошного массивного рассасывания костного вещества, а рисунок является скорее мелкосотовым, сетчатым. Это соответствует тому, что костная ткань пронизывается множеством мелких пузырьков, рассасывающих губчатую ткань в виде ограниченных округлых кистовидных мелких дефектов, сливающихся на снимке друг с другом, но оставляющих меж собой остатки трабекул. Реактивные изменения в окружности пузырьков незначительны или вовсе отсутствуют, и границы участка поражения нечетки, расплывчаты. Кость только умеренно вздувается изнутри. Ее поверхность становится на довольно большом протяжении крупнобугристой. Контуры ее волнисты, полициклически. Кортикальный слой истончается, и особенно важно, что раздражения надкостницы при неосложненном костном эхинококке нет, так что периостальных разрастаний не бывает вовсе или они весьма незначительны. Однако после столь частых при эхинококке костей и плохо заживающих патологических переломов и тем более при присоединившейся вторичной банальной инфекции может возникнуть периостит, притом даже значительных размеров, чего не бывает при непаразитарных кистах костей. В связи с особенностями течения нет остеопороза. На суставы эхинококк не распространяется. Суставные хрящи составляют для кисты прочный барьер. Большие кистовидные разрастания могут лишь, как и при гигантоклеточной опухоли, нависать над суставными поверхностями и этим механически ограничить подвижность в суставе.

Для эхинококка позвоночника можно считать характерным деструктивный процесс тел, а также отростков и соседних участков ребер без кистовидных просветлений. Межпозвонковые хрящевые диски сохраняются дольше всего. Имеется лишь самый незначительный склероз. Компрессионного перелома тел и образования горба не происходит. Как правило, нет и скобок и краевых клювовидных разрастаний. Эта картина скорее напоминает разрушение при аневризме аорты, чем спондилит любой природы. Все резко меняется в худшую сторону при прорастании эхинококка в мягкие ткани, особенно кзади - в сторону спинного мозга и его оболочек, и тогда на первый план выступает соответствующий неврологический синдром.

Различают 4 стадии течения болезни:

Первая стадия продолжается с момента попадания онкосферы до первых симптомов заболевания она не имеет клинических и рентгенологических проявлений. Вторая стадия характеризуется появлением болей, хромоты, утолщением пораженной кости, в которой рентгенологически выявляются различной величины полости. Третья стадия отличается дальнейшим прогрессированием болезни: усиливаются боли, увеличивается деструкция кости, возникают патологические переломы, поражаются окружающие мягкие ткани. Больные

вынуждены пользоваться палкой, костылями. Четвертая стадия проявляется значительной деформацией кости, распространением процесса, на соседние кости с нарушением функции соответствующих суставов. Возможны патологические вывихи. В связи с присоединением инфекции образуются гнойные свищи, из которых выделяются элементы эхинококка.

Диагностика эхинококкоза костей трудна, особенно в раннем периоде. Истинный характер поражения в большинстве случаев устанавливают лишь во время операции, предпринимаемой при другом диагнозе. Это связано в первую очередь с отсутствием в начальных стадиях симптомов. Кроме того, заболевание часто протекает по типу злокачественных опухолей или хронического остеомиелита. На ранних стадиях заболевание следует дифференцировать от энхондромы, хондробластомы, при более далеко зашедших формах - от остеобластокластомы, хондросаркомы, метастаза рака. Отличительными признаками эхинококка можно считать длительное спокойное течение процесса, равномерное вздутие пораженного участка кости во все стороны, сотовидный или полициклический характер поражения в метафизарной зоне и отдельные крупные участки разрежения, заполняющие костномозговой канал и истончающие кортикальный слой в области диафиза.

Хирургическое лечение с учетом доброкачественного характера заболевания на ранних стадиях может быть сберегательным. Вмешательство должно заключаться в широкой трепанации кости в области поражения и тщательном удалении оболочек эхинококка. При заинтересованности суставного конца кости производят его резекцию с последующим костнопластическим замещением дефекта. В четвертой стадии заболевания, при поражении нескольких костей и распространенном остеомиелите, иногда приходится прибегать к ампутации или экзартикуляции. Никакие внутренние лечебные средства (антибиотики, химические препараты и пр.) при эхинококке костей неэффективны.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ КРИТЕРИЙ КВАЛИФИЦИРУЮЩИХ ПРИЗНАКОВ ТЯЖЕСТИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ

М.Д. Расулов (V курс, педиатрический факультет)
Научный руководитель – к.м.н., доц. Ю.В. Збруева
Кафедра судебной медицины (зав. – к.м.н. П.Г.Джувалыков)

Возникновение и становление судебной медицины связано с зарождением и оформлением государственности. Уже в законоположениях древних государств встречаются указания на применение антропологических и медицинских знаний, при решении вопросов гражданского и уголовного права, а в письменных памятниках Древнего Рима, Древней Греции, Индии, Китая и др. — сведения об эпизодическом привлечении лиц, сведущих в медицине, для решения некоторых специальных вопросов, связанных с причинением вреда здоровью или со смертью человека.

Одним из наиболее ранних письменных источников, в котором упоминается применение медицинских знаний для решения юридических вопросов, является биографическая книга Гая Светония Транквила «Жизнь двенадцати Цезарей». Это событие произошло в 44 году до нашей эры в Древнем Риме, когда на 56 году жизни во время дворцового переворота был убит римский император Юлий Цезарь. Придворный врач Антистий проводил исследование трупа убитого императора и установил, что Юлию Цезарю было нанесено 23 раны, из которых вторая рана, нанесенная в область груди (*quod secundo loco in pectore assererat*), явилась, по мнению врача, смертельной [1-2].

Развитие отечественного законодательства об уголовной ответственности за причинение вреда здоровью.

Первые упоминания об использовании информации судебно-медицинского характера при решении правовых вопросов появились в русских исторических документах еще задолго до законодательного оформления судебно-медицинской экспертизы. В договоре русских с греками в 911 г. (при князе Олеге) и в 945 г. (при князе Игоре) предусматривалась ответственность за нанесение побоев и ран. В уставе X-XI вв. подлежали наказанию лица, совершившие половые преступления (за "насилие", "поруание", "любодеяние" и др.). В XI-XIII вв. в сборнике "Русская правда" наказание за причинение телесных повреждений определялось в зависимости от их степени тяжести. В частности, этим документом к легким повреждениям относились синяки, кровоподтеки, причиняемые тупым оружием, кровавые раны от действия острого оружия. А к тяжким были причислены увечья в виде повреждения рук, ног, глаз и другие [3-4].

Медицинскими критериями квалифицирующих признаков в отношении тяжкого вреда здоровью являются

6.1. Вред здоровью, опасный для жизни человека, который по своему характеру непосредственно создает угрозу для жизни, а также вред здоровью, вызвавший развитие угрожающего жизни состояния (далее - вред здоровью, опасный для жизни человека).

Вред здоровью, опасный для жизни человека, создающий непосредственно угрозу для жизни

6.2. Вред здоровью, опасный для жизни человека, вызвавший расстройство жизненно важных функций организма человека, которое не может быть компенсировано организмом самостоятельно и обычно заканчивается смертью (далее - угрожающее жизни состояние)

6.3. Потеря зрения - полная стойкая слепота на оба глаза или такое необратимое состояние, когда в результате травмы, отравления либо иного внешнего воздействия у человека возникло ухудшение зрения, что соответствует остроте зрения, равной 0,04 и ниже.

Потеря зрения на один глаз оценивается по признаку стойкой утраты общей трудоспособности.

6.4. Потеря речи - необратимая потеря способности выражать мысли членораздельными звуками, понятными для окружающих.

6.5. Потеря слуха - полная стойкая глухота на оба уха или такое необратимое состояние, когда человек не слышит разговорную речь на расстоянии 3-5 см от ушной раковины.

6.6. Потеря какого-либо органа или утрата органом его функций.

6.7. Прерывание беременности - прекращение течения беременности независимо от срока, вызванное причиненным вредом здоровью, с развитием выкидыша, внутриутробной гибелью плода, преждевременными родами либо обусловившее необходимость медицинского вмешательства.

6.8. Психическое расстройство, возникновение которого должно находиться в причинно-следственной связи с причиненным вредом здоровью, т.е. быть его последствием.

6.9. Заболевание наркоманией либо токсикоманией.

6.10. Неизгладимое обезображивание лица.

6.11. Значительная стойкая утрата общей трудоспособности не менее чем на одну треть (стойкая утрата общей трудоспособности свыше 30 процентов).

6.12. Полная утрата профессиональной трудоспособности.

7. Медицинскими критериями квалифицирующих признаков в отношении средней тяжести вреда здоровью являются:

7.1. Временное нарушение функций органов и (или) систем (временная нетрудоспособность) продолжительностью свыше трех недель (более 21 дня) (далее - длительное расстройство здоровья).

7.2. Значительная стойкая утрата общей трудоспособности менее чем на одну треть - стойкая утрата общей трудоспособности от 10 до 30 процентов включительно.

8. Медицинскими критериями квалифицирующих признаков в отношении легкого вреда здоровью являются:

8.1. Временное нарушение функций органов и (или) систем (временная нетрудоспособность) продолжительностью до трех недель от момента причинения травмы (до 21 дня включительно) (далее - кратковременное расстройство здоровья).

8.2. Незначительная стойкая утрата общей трудоспособности - стойкая утрата общей трудоспособности менее 10 процентов.

9. Поверхностные повреждения, в том числе: ссадины, кровоподтек, ушиб мягких тканей, включающий кровоподтек и гематому, поверхностная рана и другие повреждения, не влекущие за собой кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты общей трудоспособности, **расцениваются как повреждения, не причинившие вред здоровью человека [5].**

АНАЛИЗ ПРИЧИН СМЕРТИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

З.Ш. Сапарова (V курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель – к.м.н., доц. Ю.В. Збруева

Кафедра судебной медицины (зав. – к.м.н. П.Г.Джуваляков)

Из всего широкого спектра повреждений традиционно отмечается высокая смертность от разнообразных осложнений механической травмы. Это свидетельствует о сохранении актуальности исследований по этой проблеме. В числе ближайших причин смерти при переживании механической травмы значительна роль легочной патологии. При этом авторы указывают на ряд особенностей течения воспалительных заболеваний легких. Среди них значительную роль играют локальные нарушения в функционировании прокоагулянтной системы, выражением чего на территории легких является т.н. дистресс-синдром взрослых [1]. С другой стороны известно, что дистресс-синдром легких нередко является компонентом синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС-синдром.). Относительно механической травмы этот вопрос недостаточно изучен [2].

Целью нашего исследования явилось выяснение частоты ДВС-синдрома и условий его возникновения при переживании механической травмы, а также уточнение особенностей его патогенеза и морфологических проявлений.

Материал изучен был относительно половозрастной категории, причины смерти, наличие алкогольного опьянения.

Выборка данных производилась из данных Государственного бюджетного учреждения Астраханской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы».

В результате исследования было изучено 20 летальных случаев в салоне автомобиля при транспортной травме за 2012 года. Из них в 14 случаях (70%) погибшими были мужчины, в 6 случаях (30%) - женщины.

В большинстве случаев, как среди погибших мужчин, так и женщин преобладали лица в возрасте от 21 до 65 лет.

Исследование биологического материала на наличие этилового алкоголя у лиц, первых суток пребывания в стационаре проводился у 20 человек (100%), в 6 наблюдениях был обнаружен этиловый алкоголь.

Алкоголемия имела место в 6 наблюдениях, причем содержание этанола в крови и моче варьировало от легкой степени до тяжелой степени. Алкоголемия имела место в 6 наблюдениях, причем содержание этанола в крови варьировало от 0,7 ‰ до 6,2 ‰, в моче уровень этанола в этих наблюдениях колебался в пределах до 1,7 ‰.

В первые сутки после травмы ближайшей непосредственной причиной смерти явился отек головного мозга, (как перещеллюлярный, так деструктивный), развившийся в качестве реакции на его ушиб (18 наблюдений) или же на развитие крупных подбололочных кровоизлияний (в 8 наблюдениях имело место развитие крупных (до 200 мл) подбололочных гематом, которые в 6 наблюдениях привели к смерти через дислокацию створчатых отделов головного мозга на сроках до конца первых суток после получения травмы. А также развитие кровопотери при колото-резаных повреждениях различных анатомических областей (8 наблюдений), при огнестрельных повреждениях (4 наблюдения). Проявление шока было отмечено при сочетанной травме тела (8 наблюдений). По клиническим данным имело место как проявление шока и гипоксии. Явления цитолиза и кардиолиза, с умеренной глимальной реакцией имело место в 3 случаях.

Отмечено, что в конце первых суток переживания ЧМТ отмечается очаговый интраальвеолярный отек легких на фоне дистонии сосудов этого органа. При этом к отечной жидкости нередко примешивается фибрин, а элементы крови в капиллярах и венах легких являют картину гиперкоагуляции. Т.е. развивается картина легочного дистресс-синдрома. Например, в наблюдениях субдуральной гематомы с развитием дислокационного синдрома и смертью через 4 и 7 часов после травмы (падение с высоты собственного роста в ходе эпилептического припадка), где помимо нарастающего комбинированного отека всех отделов головного мозга отмечено наличие выпотевания в альвеолы легких фибрина, развитие красных тромбов в венах и капиллярах легких и картина распространенной диссоциации кардиомиоцитов. В морфогенезе этих осложнений несомненную роль играл предшествующий травме эпилептический статус.

Интересно, что на этих сроках признаки сочетания тромбоза сосудов микроциркуляции и кровоизлияний закономерно встречались на территории собственно первичных повреждений. Т.е. мы имели сочетание легочного дистресс-синдрома с локальной коагулопатией, а в наблюдениях эпилепсии и сочетанного отравления этанолом и его суррогатами мы наблюдали тромбозы и мелкие кровоизлияния и в других органах, т.е. имели полную картину ДВС-синдрома.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТ ПЯТОЧНОЙ КОСТИ

О.В. Легенченко (V курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – д.м.н., проф. А.Н. Тарасов

Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии (зав. – д.м.н. С.В. Дианов)

Костная киста представляет собой заболевание, основной характеристикой которого является образование полости, выстланной соединительнотканной оболочкой и содержащей жидкость различного характера. В основе заболевания лежат локальные нарушения внутрикостного кровообращения и активация ферментов лизосом, которые приводят к деструктивным изменениям в глюкозаминогликанах, коллагене и в других протеинах [1]. В Международной гистологической классификации данная патология относится к опухолеподобным поражениям, среди которых выделяют солитарную, аневризмальную и юкстаартикулярную кисты [3].

Кисты костей часто встречаются у детей, подростков и молодых людей, сопровождаясь патологическими переломами, болями, невозможностью заниматься спортом, что лишает детей и юношей возможности вести нормальный образ жизни в том возрасте, когда движения — основа жизни. Особенно, это важно при кистах пяточной кости, так как, именно, стопа и в частности пяточная кость несут функцию опоры и передвижения.

Поскольку точки зрения врачей на этиологические причины и патогенез кист пяточной кости различны, это приводит к разным методам и объему лечебных мероприятий. В связи с этим им должно быть уделено внимание и очень серьезное отношение.

Целью исследования является оценить эффективность хирургического лечения кист пяточной кости.

Материалы и методы. В клиниках кафедры травматологии и ортопедии Астраханской государственной медицинской академии на базе АМОКБ и ОДКБ им. Н.Н. Силищевой с 1971 по 2009 гг. находилось 365 пациентов с опухолеподобными заболеваниями костей, среди которых на долю стопы приходится до 9,4% опухолей костей. Кисты пяточной кости занимают четвертое место после большеберцовой (26,5%), плечевой (25%), и бедренной (20%) костей.

У 27 человек кисты локализовались в пяточной кости, что составляет 7,3%. Наибольший пик заболеваемости приходится на возраст от 10 до 20 лет. Среди них мужчин в 1,9 раз больше, чем женщин: 10 женщин и 17 мужчин. Это соответствует общему распределению по половому признаку в общей

заболеваемости данной патологией, представленной солитарными (17) и аневризмальными (10) кистами костей.

Костные кисты различной локализации чаще всего протекают без ярко выраженной клинической картины, однако, в семиотике кистозных поражений пяточной кости, основным синдромом является болевой, резко усиливающийся при нагрузке на конечности. В постановке диагноза ведущая роль принадлежит рентгенографии, компьютерной и магнитно-резонансной томографии. При рентгенологическом исследовании стопы в боковой и задней косой проекциях, определяется округлое или овальное просветление с четкими контурами, на фоне которого иногда видны ячейки. При этом снижается оптическая плотность кости, разрежается ее структура и нарушается архитектоника.

Опухолеподобные заболевания костей поражают опорно-двигательный аппарат и часто приводят к патологическим переломам, а нередко и к рецидивам. Патологические переломы при данной локализации встречаются редко в отличие от плечевой кости, что обусловлено частым расположением кист у нижнего края середины пяточной кости.

Под понятием криохирургия понимают хирургическую методику, при которой для уничтожения нежелательных тканей используется быстрое локальное замораживание [2, 4]. Одним из показаний, при котором используют метод криодеструкции, является костная киста.

Адекватным хирургическим методом при кистах пяточной кости является внутриочаговая резекция кости с криодеструкцией инстилляционным способом и заполнением резекционного дефекта кортикальными аллотрансплантатами, уложенными в виде «штабелей». Криохирургическое пособие в данном случае предусматривает проведение трех циклов последовательного замораживания жидким азотом в течение 1 мин. и самопроизвольного оттаивания резекционного дефекта в течение 3 мин. с целью предупреждения рецидива опухолеподобного поражения.

Восстановление органотипической структуры пяточной кости при этом происходит за счет создания костного депо из кортикальных трансплантатов и их взаимодействия со стенками резекционного дефекта, между которыми в сроки до 6 месяцев формируется прочная тканевая манжета.

Оперативное лечение в виде внутриочаговой резекции с криодеструкцией было проведено 23 больным (85,1%). 3 пациентам выполнялось пункционное лечение (11,1%). 1 пациенту была проведена краевая резекция (3,8%). Всем больным оперативное лечение было проведено с последующим замещением дефекта аллотрансплантантом. Осложнения после проведенного оперативного лечения наблюдалось у 3 человек (11,6%): 1 – остеомиелит, 1 – крионекроз, 1 – отторжение аллотрансплантата.

Исход оперативного лечения опухолеподобного поражения оценивался через год после операции. Ни одного случая рецидива не обнаружено. Основным фактором, определяющим положительный результат, считаем отсутствие рецидивирования новообразования.

Заключение: Использование дополнительного абластического фактора криовоздействия к внутриочаговой резекции, помогает повысить радикальность операции и снизить возможность повторного возникновения новообразования.

Полученные результаты позволяют рекомендовать криодеструкцию при внутриочаговой резекции для хирургического лечения кист пяточной кости в целях широкого клинического применения.

ПРОВОЦИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ МЕЖПОЗВОНКОВОГО ОСТЕОХОНДРОЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

В.А. Левченко (V курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н. Э.Э.Арустамян

Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии (зав. – д.м.н. С.В. Дианов)

Дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника у детей и подростков относятся к одному из наименее изученных разделов ортопедии [1,2]. В настоящее время прослеживается тенденция к росту распространенности данных заболеваний в детском возрасте, что приводит к постепенному повышению их удельного веса в общей структуре ортопедической патологии. За последние годы значительное распространение среди детей и подростков получил межпозвонковый остеохондроз, что доказывает недостаточную оценку этого заболевания, как на патологию, возникающую только в зрелом и пожилом возрасте [3].

Целью работы было выявить факторы риска развития, распространенность остеохондроза у подростков, а так же определить группу риска подростков по данному заболеванию.

Работа основана на анализе осмотра и опроса 126 детей в возрасте от 6 до 18 лет, проходивших консультативный прием ортопеда в гбuz дгп №5.

для выполнения поставленной цели было проведено стандартное клиническое исследование подростка, во время которого определялись жалобы и имеющиеся изменения, рентгенологическое исследование. Также пациенту предлагалось заполнить разработанную нами анкету для выявления факторов риска развития межпозвонкового остеохондроза у данных лиц.

При анкетировании получили следующие результаты: 52 человека были с диагнозом межпозвонковый остеохондроз. Предрасполагающие факторы были представлены у них в полном объеме.

У 38 человека имелись различные виды нарушений осанки без четких признаков остеохондроза. Из 19 факторов, которые мы учитывали в анкете у данных детей выявлено до 2/3 из них.

В 18 случаях патологии со стороны позвоночника не выявлено, а из предрасполагающих факторов было выявлено минимальное количество, или они вообще отсутствовали.

Группу риска составило 18 подростков, у которых имелась генетическая отягощенность по данному заболеванию, или выявлялся дизрафический статус.

По итогам проведенной работы были сделаны следующие выводы:

- Остеохондроз позвоночника часто встречаемая патология в подростковом возрасте (41,3%);
- Имеется прямая зависимость между наличием предрасполагающих факторов и развитием остеохондроза позвоночника;
- Устранение провоцирующих факторов способствует уменьшению клинических проявлений данной патологии.

ПРИМЕНЕНИЕ КОСТНЫХ АЛЛОТРАНСПЛАНТАНТОВ В ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ

Д.Р. Еналиев, Д.И. Дурсиев (V курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – д.м.н., проф. А.Н. Тарасов

Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии (зав. – д.м.н. С.В. Дианов)

Костные трансплантаты - это любые имплантируемые материалы, которые сами по себе или в комбинации с другими материалами способствуют формированию кости, обеспечивая локальную остеоиндуктивную, остеоиндуктивную или остеогенную активность. Они широко применяются в ортопедии и травматологии для восполнения дефицита костной массы в связи с импрессионным характером переломов эпиметафизарных отделов и губчатых костей, для артродезирования, при ложных суставах и замедленном срастании переломов [5]. Пластический материал должен обладать следующими свойствами: быть полностью биосовместимым, пористым, служить матрицей, на поверхности которой фиксируются клетки реципиента (остеоиндуктивность), постепенно резорбироваться и замещаться новообразованной костью (ползущее замещение) [4]. Для успешного формирования кости также необходимо соблюдение двух важных требований - хорошей васкуляризации и механической стабильности области имплантации. Необходимость использования различных видов костных трансплантатов вытекает из специфики оперативного лечения данных заболеваний, например, при удалении костной опухоли необходимо заместить резекционный дефект [3]. Методики проведения пластических операций в различных областях медицины отводят ведущую роль биологическим имплантатам, преимущественно, аллогенного происхождения. Отстаивая свои взгляды на способы и условия костной пластики, авторы сходятся в том, что используемые материалы должны быть доступны, просты в хранении, характеризоваться отсутствием пирогенных и иммуногенных свойств и обеспечивать органотипическую регенерацию ткани, по возможности в короткие сроки при полной или частичной биодеградации имплантатов [1, 2].

Цель исследования – оценить преимущества и недостатки различных видов костных аллотрансплантатов при ортопедо-травматологических операциях и проследить тенденцию использования различных видов пластического материала.

Исследование заключалось в анализе архивных данных лаборатории консервирования и пересадки тканей ГБУЗ АО АМОКБ. С 1971 года данной лабораторией были предоставлены костные трансплантаты различных наименований для более 1397 костно-пластических вмешательств. За 40-летнюю историю апробировано и внедрено применение костной муки (25) и суставных концов (13), массивных кортикальных пластин, тавровых и углообразных балок (912), фрагментов кортикальной кости в виде «щебенки» и «хвороста» (547). Анализ проводился с помощью математического моделирования.

Использование костной муки импонировало возможностью тугого заполнения дефекта, но, плотно прилегая к стенкам дефекта, она препятствовала адекватному прорастанию сосудов и новообразованной кости, что значительно замедляло процессы интеграции костной ткани. Полусуставы позволяли восстановить форму кости после резекции суставного конца, но наличие костного мозга обуславливало их потенциальную антигенность. Наибольшее распространение получили трансплантаты из кортикального слоя, не вызывавшие иммунологических конфликтов.

Однако в последние четыре года из-за ограниченного поступления кортикальной кости из БСМЭ внимание было вновь обращено на применение губчатых костных трансплантатов. Экспонирование материала в 6%-ном растворе перекиси водорода в течение 60 минут с последующим полипозиционным отмыванием спонгиозной кости от миелоидно-жирового костного мозга и элементов крови проточной водой под различным углом атаки гидродинамической струи под давлением 8МПа, стерилизация в растворе надмуравьиной кислоты и консервирование замораживанием способствуют инактивации протеолитических ферментов, препятствуют антигенности и снижают риск иммунологического конфликта. В ходе технологического процесса приготовления пластического материала аллокость сохраняет свои остеоиндуктивные и остеоиндуктивные свойства.

С 2009 г. губчатые аллотрансплантаты использованы у 258 пациентов с костными опухолями, при артродезировании, при импрессионных переломах мыщелков большеберцовой кости и дистального метаэпифиза лучевой кости, внутрисуставных переломах пяточной кости, ложных суставах, эндопротезировании и переломах других локализаций с дефицитом костной ткани. Ни в одном из случаев не было отмечено отторжение или нагноение трансплантатов, что свидетельствует об их высоких пластических свойствах.

В результате исследования сохранившихся архивных материалов было проанализировано использование костных трансплантатов в ортопедии и травматологии. Материалы, полученные в ходе исследования, позволяют судить об изменении в предпочтениях хирургов по отношению к различным методикам и материалам при лечении заболеваний, связанных с применением костных трансплантатов. Основными показаниями к костной аллопластике остаются замещение резекционного дефекта при опухолях и импрессионных переломах костей. Кроме того, отмечена тенденция к снижению использования трансплантатов для лечения ложных суставов, застарелых переломов и несрастающихся переломов в связи с широким применением для этих целей других методик, в том числе аппаратов дистракционно-компрессионного остеосинтеза и малоинвазивного на костного или заблокированного внутрикостного остеосинтеза.

Таким образом, кортикальные и губчатые аллотрансплантаты, очищенные от миелоидно-жирового костного мозга, являются уникальным пластическим материалом и остаются широко востребованы для различных операций травматолого-ортопедического профиля.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ДИСТАЛЬНОГО КОНЦА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ МЕТОДОМ ЧЕРЕСКОСТНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА

Е.Ю.Непочтова, А.Н. Вагабова

(V курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – д.м.н., профессор А.А. Ларионов

Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии (зав. – д.м.н. С.В. Дианов)

Переломы дистального отдела плечевой кости из-за выраженного полиморфизма, трудности репозиции и обеспечения надежной фиксации в настоящее время являются одними из наиболее сложных для хирургического лечения. Частота переломов дистального отдела составляет 16,2 % от общего количества переломов.

Данные исследования за 2012-2013гг.

	Количество пациентов (возраст 20-72 лет)	Тип перелома	
		надмыщелковые	чрезмыщелковые
	4	+	
	5		+

Нами было проведено лечение 9 больных (5 с чрезмыщелковыми и 4 с надмыщелковыми переломами дистального отдела плечевой кости) с переломом плечевой кости, которое проводилось в травматологическом отделении военного госпиталя СКВО и ГКБ № 2. Возраст пациентов колебался от 20 до 72 лет. Соблюдение основных принципов черескостного остеосинтеза по Илизарову и применение в каждом случае рациональной биомеханически обоснованной компоновки аппарата позволяло обеспечить у всех больных закрытую репозицию костных отломков и оптимальные биомеханические условия для консолидации и восстановления функции поврежденной конечности. Фиксация аппаратом проводилась в стационаре 58±3 суток до демонтажа фиксатора. Срок нетрудоспособности практически соответствовал периоду лечения в аппарате. Ближайшие и отдаленные результаты лечения признаны хорошими.

Приведем свой клинический пример.

Больная Н., 71 год, при падении с высоты собственного роста получила закрытый оскольчатый перелом дистального эпифиза левой плечевой кости со смещением костных отломков[1-2].

В амбулаторно-поликлинических условиях была проведена попытка закрытой репозиции, не приведшая к устранению смещения отломков. Конечность фиксировали гипсовой лонгетой. Через 5 дней после травмы больную оперировали (не смотря на развившийся посттравматический отек и образовавшиеся ишемические пузыри). При помощи аппарата Илизарова, наложенного на плечо и предплечье, была осуществлена одномоментно тракция костных отломков. Через эпифиз провели репонирующую спицу с упором и добились закрытой репозиции костных отломков. Опоры аппарата на плечо и предплечье соединили шарнирными узлами[3-5].

Фиксация локтевого сустава в послеоперационном периоде продолжалась две недели, после чего аппарат на предплечье демонтировали, что значительно улучшало условия для разработки движений в локтевом суставе[6-8].

Общий срок фиксации перелома составил шесть недель. После контрольной рентгенографии, выявившей консолидацию перелома[9,10], и клинической пробы, исключившей патологическую подвижность отломков, демонтировали аппарат на плече[11-13]. Дальнейшее восстановление функции поврежденного локтевого сустава проводили с применением массажа, лечебной физкультуры и физиотерапевтических процедур.

Результатом лечения явилось следующее: правильное сращение перелома[14,15], с сохранением физиологической анатомии и функции плечевой кости и локтевого сустава[16-20]. С учетом возраста больной, предотвращены такие серьезные осложнения как: пневмония, тромботические состояния, развивающиеся при длительном постельном режиме – в случае скелетного вытяжения, и остеомиелит с нарушением структуры поврежденной кости, что не редкость при погружном остеосинтезе или накостном остеосинтезе. Предпочтение чрескостного остеосинтеза гипсовой лонгете предоставило возможность ранней разработки травмированной конечности, что существенно повысило шансы на консолидацию перелома и сохранение функции руки, т.к. в возрасте больной добиться полного восстановления – достаточно проблематично.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРИРОДНЫХ МИНЕРАЛОВ – ОПОК «ЦЕОЛИТ» В ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

В.М. Филиппова (V курс, лечебный факультет),

И.А. Быков (клинический ординатор)

Научный руководитель – к.м.н. Р.С. Аракельян

Кафедра инфекционных болезней (зав. – д.м.н., проф. Х.М. Галимзянов)

В последние годы, как в отечественном, так и в зарубежном здравоохранении все более пристальное внимание уделяется народным средствам лечения различных заболеваний. Причем под словом «народных» подразумевается экологически чистые, природные или растительные препараты, полученные путем добывания их из окружающей среды.

Одним из таких «народных препаратов» являются глина или природные минералы.

Глина - одно из древнейших народных средств лечения самых разных заболеваний. Поскольку это средство природное, оно выгодно отличается от химических своей экологической чистотой.

Наружное применение глины основано главным образом на том, что она обладает прекрасными теплоудерживающими свойствами. Лечебные качества глины известны народной медицине издавна. Но долгое время лечение глиной не применялось широко. В последние годы ученые вновь обратились к исследованию этого уникального природного препарата и доказали неоспоримую пользу глины в лечении разнообразных заболеваний. Применение глины сейчас настолько широко, что с ее помощью в некоторых клиниках излечивают такие тяжелые недуги, как туберкулез и рак.

Древнее народное поверье о том, что глина поглощает болезнь, основано на том факте, что она способна адсорбировать все вредные вещества и выводить их из человеческого организма. Если химические лекарственные средства, убивая микробов, наносят непоправимый ущерб организму, так как от их воздействия страдают и здоровые клетки, и естественная микрофлора организма, то применение глины в качестве антисептика совершенно безопасно и даже приносит пользу. Ведь глина способствует развитию иммунитета к злокачественным микроорганизмам и оздоравливает клетки, укрепляет и даже омолаживает их.

Применяют глину и внутрь. Она служит прекрасным источником радия, который доставляет организму в необходимых дозах. В ней также содержатся важнейшие микроэлементы и минеральные соли именно в том виде и пропорциях, в которых они лучше всего усваиваются организмом. Так, глина служит прекрасным источником железа, кальция, кремния, азота, магния, в ней содержатся такие специфические вещества, как каолинит, гидрослюда, монтмориллонит и др.

Наружное применение глины при лечении язв, заболеваний опорно-двигательного аппарата очень эффективно, так как дает быстрый результат. Лечение глиной разрешается людям любого возраста, поскольку она не несет негативных побочных свойств. Более того, ее применение может быть даже настоятельно рекомендовано людям преклонного возраста, так как глина дает замечательный омолаживающий эффект. Полезна она также беременным женщинам и кормящим матерям - помогает избавиться от токсикоза и прекрасно налаживает лактацию.

Способность глины снимать воспаление и восстанавливать поврежденные ткани используется при лечении незаживающих язв, старых гематом, ушибов и переломов, артритов и остеопорозов, маститов и варикозного расширения вен. Глина помогает снять любую боль - головную, зубную, боль в спине, в суставах или от ушибов.

Мы же предлагаем в качестве более высокого и лучшего сорбента использовать природный минерал – опоку, которого в Астраханском регионе находится огромное количество.

Преимущество опоки в том, что по сравнению с другими видами глин, она является самым сильным сорбентом.

Опока обладает уникальными лечебными свойствами: антитоксичными и адсорбирующими свойствами, выводит патогенные вещества из организма, прекрасно оздоравливая его.

Наружно опоку можно использовать в виде аппликаций примочек, в виде порошка для приема внутрь, в виде теплых плиток в качестве примочек. Опоку также можно использовать в виде лечебных ванн.

Опока – это прочная пористая кремнистая осадочная горная порода. Опока состоит в основном из микрозернистого водного аморфного кремнезёма (до 97%) обычно с примесью глины, песка, глауконита и др. от других минералов опока отличается большой однородностью и раковистым изломом. Цвет от светло-серого до тёмно-серого, почти чёрного. Чистые разновидности опоки характеризуются высокими адсорбционными свойствами.

Опока обладает значительной твердостью: по шкале Мооса она составляет 4-5. Плотность опоки от 2230 до 2320 кг/м³, но встречаются разновидности и с низкой объемной массой - около 1000 кг/м³.

В состав опоки входят следующие элементы: SiO₂ – 86,2%, Al₂O₃ – 4,15%, Fe₂O₃ – 1,56, TiO₂ – 0,2%, K₂O – 1,2%, Na₂O – до 0,5%, MgO – до 1%, SiO₃ – до 0,72%. Остальные элементы присутствуют в незначительных количествах.

Экспериментальным путем доказано, что использование опоки в различных состояниях (порошок, жидкая масса, твердый минерал) дает положительный эффект в течение нескольких суток.

Исходя из основных положительных свойств цеолитов как биологического сорбента, можно перечислить способы их применения в традиционной медицинской практике в качестве основы многофункциональных материалов и сформулировать направления фундаментальных разработок, технологий производства и т.д., а также перспективы разработки новых аспектов внедрения Астраханских цеолитов на Российском рынке фармацевтических и биологических технологий:

1. Подготовка минерального сырья из природных цеолитов в качестве промежуточного продукта в других биотехнологических и пром. процессах;
2. Применение сорбентов из опок Астраханской области для использования в медицинской аппаратуре (системы искусственной вентиляции легких – как дешевый заменитель натронной извести, системы очистки воды, вентиляционное оборудование помещений и пр.);
3. Разработка препаратов для раневой сорбции (аналоги – "Левомеколь", "Левосин", сорбирующие "бусы" и пр.);
4. Обработка перевязочных материалов цеолитами для повышения сорбирующих средств и иммобилизации лекарственных препаратов;
5. Производство гигиенических стелек, салфеток, прокладок и т.д.;
6. Производство профилактических БАДов на основе цеолитов с учетом распространенности ряда заболеваний в Астраханской области: Узловой зоб, сахарный диабет, пиелонефрит, мочекаменная, желчекаменная болезни и т.д.
7. Энтеросорбенты (БАДы с цеолитами)
8. Наружное применение гранулированных цеолитов в бальнеотерапии и пелоидотерапии с иммобилизованными лекарственными субстанциями
9. Производство средств для косметологии и т.д. и т.п.

Путем эксперимента была доказана эффективность использования опоки в лечении травматологических повреждений мягких тканей человека (ушибы, гематомы). С этой целью мы смешивали опоку с теплой кипяченой водой до получения кашицеобразной массы, наносили на пораженный участок. Время экспозиции составляло 90 минут. Такие процедуры проводили 2 раза в день в течение 10 дней. В результате исследования были получены положительные результаты.

Так, после использования опоки при обширных гематомах положительный эффект отмечался через 5 – 7 дней (обширная гематома – в консервативном лечении прогноз неблагоприятный, чаще всего требуется хирургическое лечение (вскрытие гематомы).

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ НЕВРОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ

ИЗМЕНЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АЛКОГОЛИЗМЕ

А.В. Щетинина, К.А. Кушбанов

(IV курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н., асс. С.М. Масютина

Кафедра нервных болезней (зав. – д.м.н., проф. В.В. Белопасов)

Ежегодно растёт количество больных хроническим алкоголизмом. По данным Ю.Е. Разводовского, алкогольная энцефалопатия является одной из основных причин деменции и диагностируется у 10-30% пациентов с клиническими признаками слабоумия. Алкогольная энцефалопатия ассоциируется с повышенным риском производственного и транспортного травматизма, а также асоциальным поведением.

Цель исследования: Выявить и оценить тяжесть психологических нарушений у пациентов, страдающих хроническим алкоголизмом.

Задачи исследования:

- 1) Выявление социальных особенностей среди больных, страдающих хроническим алкоголизмом.

- 2) Оценка сопутствующей патологии.
- 3) Определение особенностей эмоционально-мнестических изменений.

Материалы и методы. Исследование было выполнено у 26 пациентов с диагностированным хроническим алкоголизмом, получавших лечение в отделениях токсикологии и нейрохирургии ГУЗ ГКБ №3. Для выявления связи между социальным статусом и тяжестью алкогольного анамнеза применялось анкетирование. Для оценки психологических нарушений использовались такие психологические тесты, как госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS; шкала тревожности Ч.Д.Спилберга, Ю.Л.Ханина; шкала MMSE; шкала астенического состояния; тест А.Р. Лурия.

Результаты. В исследовании приняли участие 26 пациентов, мужчины среди которых занимают 84% (22чел.), а женщины-15%(4чел.). По возрастному критерию было выделено 3 категории: первая включала группу из 13 человек в возрасте от 27 до 37 лет (лица зрелого возраста 1 периода), что соответствует 50%; вторая -11 человек в возрасте от 39 до 60 лет, т.е. 42 % (зрелый возраст, 2 период); третья группа - лица преклонного возраста (1 чел., 3%). Пациенты со средним специальным образованием составили 76 % (20 чел.), с неполным средним- 11% (3 чел.), с высшим (полным, неполным)- 11%(3 чел.). Безработных было более половины- 57% (15 чел.) в группе исследования. Жители города Астрахани составили 77% (20 чел.), Астраханской области- 23% (6 чел.).

По данным госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS: клинически выраженная депрессия (коррелирует с умеренной астенией)- 15% (4 чел.), субклинически выраженная депрессия- 10% (2 чел.), отсутствие депрессии-42% (11 чел.); клинически выраженная тревога (параллельно отмечаются повышенные значения РТ и ЛТ)-11% (3 чел.), субклинически выраженная тревога- 27% (7 чел.), отсутствие тревоги- 57% (11 чел.).

По данным шкалы тревожности Ч.Д. Спилберга, Ю.Л. Ханина: высокие показатели реактивной и личностной тревожности- 57% (15 чел.); высокая РТ, умеренная ЛТ-15% (4 чел.); высокая ЛТ, умеренная РТ- 10% (2 чел.); умеренные РТ и ЛТ- 15% (4 чел.); РТ низкая, ЛТ умеренная- 10% (2 чел.).

По данным шкалы MMSE: отсутствие когнитивных нарушений-23% (6 чел.), преддементные когнитивные нарушения-34% (9 чел.), деменция лёгкой степени выраженности-23% (6 чел.), деменция умеренной степени- 19% (5 чел.). Таким образом, когнитивные нарушения имели место у 20 больных хроническим алкоголизмом.

По результатам теста А.Р. Лурия: неустойчивость внимания-34% (9 чел.); рассеянность, забывчивость, эмоциональная вялость-42% (11 чел.), отсутствие изменений -23% (6 чел.).

По данным шкалы астенического состояния: отсутствие астении-38% (10 чел.), слабая астения- 42%(11 чел.), умеренная астения-19 % (5 чел.).

Среди пациентов, перенесших ЧМТ, на момент обследования с ОЧМТ было 57% (15 чел.), имевших ЧМТ в анамнезе- 26 % (7 чел.). Пациенты с диагностированным отравлением алкоголем или лекарственными средствами составили 43 % (11 чел.).

Выводы:

1) Среди пациентов, страдающих хроническим алкоголизмом, большинство составили мужчины зрелого возраста, имеющие среднее специальное образование, но неработающие (безработные).

2) Все пациенты, поступившие в стационар, имели неблагоприятный анамнез - ЧМТ в состоянии алкогольного опьянения (57%, 15 чел.), или поступили с сочетанным отравлением (алкоголем и лекарственными средствами)- 43% (11 чел.).

Снижение памяти в связи с эмоциональной вялостью, снижением заинтересованности и повышенной утомляемостью регистрировалось у пациентов в возрасте от 40 до 50 лет; имевших клинический диагноз - отравление алкоголем или лекарственными средствами; с запойным периодом от 1 недели до 1 месяца. Неустойчивость внимания отмечалась у пациентов, находившихся в возрасте от 30 до 35 лет; в большинстве случаев (19 %, 5 чел.) с диагнозом черепно-мозговая травма; с продолжительностью запойного периода от 2 до 5 дней. Преддементные когнитивные нарушения выявлены в возрастных категориях: 28-32 года; 47-54 года; преобладает процент пациентов (19 %, 5 чел.), госпитализированных в отделение токсикологии, но имевших в анамнезе черепно-мозговую травму. Деменция лёгкой степени выраженности чаще встречалась среди пациентов в возрасте от 50 до 60 лет, также получавших терапию в отделении токсикологии. Деменция умеренной степени выраженности наблюдается у пациентов 35-50 лет, госпитализированных в отделение нейрохирургии

НЕМОТОРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Е.Ю. Емелина (V курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н., асс. О.А. Лазарева

Кафедра нервных болезней (зав. – д.м.н., проф. В.В. Белопасов)

Болезнь Паркинсона - это хроническое прогрессирующее наследственное нейро-дегенеративное заболевание, при котором происходят расстройства движений. Характеризуется мышечной ригидностью, тремором, брадикинезией [2].

Распространенность болезни Паркинсона составляет 120 - 180 случаев на 100 000 населения, заболеваемость – от 5 до 25 случаев на 100 000 населения в год [4].

Клиническая картина болезни Паркинсона складывается не только из двигательных проявлений, но и из немоторных, которые делятся на психические, диссомнические, вегетативные и сенсорные нарушения [1,3]. По мере прогрессирования заболевания некоторые из них приобретают доминирующее клиническое значение, оказывая негативное влияние на качество жизни пациентов, приводя к их инвалидизации и сокращая продолжительность жизни [1].

Цель исследования: изучить немоторные проявления болезни Паркинсона и выявить их взаимосвязь с длительностью и тяжестью заболевания, приемом лекарственных средств.

Задачи:

1. определить структуру немоторных проявлений при болезни Паркинсона;
2. оценить их выраженность в зависимости от возраста, пола больных, стадии заболевания;
3. оценить вегетативные нарушения;
4. оценить психо-эмоциональную сферу;
5. оценить когнитивные нарушения.

Материалы и методы. Были обследованы больные с диагнозом болезнь Паркинсона в неврологических отделениях ГКБ №5, АМОКБ, ГКБ № 2 им. Губиных, КЦРБ. Стадия заболевания определялись по модифицированной шкале Хен-Яра. Для исследования когнитивных функций были использованы Монреальская шкала когнитивной оценки (МОСА), краткая шкала оценки психического статуса (MMSE); для оценки внимания – тест «таблицы Шульте», оценку психо-эмоциональной сферы проводили госпитальной шкалой оценки тревоги и депрессии (HADS). Вегетативные расстройства оценивались по результатам исследования неврологического статуса.

Результаты исследования. Было обследовано 25 пациентов с диагнозом болезнь Паркинсона (женщин – 16 (64%), мужчин – 9 (46%)), в возрасте от 47 до 70 лет (средний возраст пациентов составил $62,1 \pm 7,6$ лет). 60% пациентов имели II стадию болезни Паркинсона, 8% - I ст., 32% - III ст. Длительность заболевания от 0 до 10 лет.

Выявлены когнитивные нарушения, изменения вегетативной и психоэмоциональной сферы, расстройства сна и бодрствования. Вегетативные нарушения в виде несистемного головокружения определялись у 64% больных, себореи – у 64%, запора – у 56%, учащенного мочеиспускания – 32%, гиперсаливации – у 24%, слезотечения – у 24%.

Психоэмоциональные расстройства в виде депрессии наблюдались у 40% пациентов, тревоги – у 32%.

Когнитивные нарушения представлены снижением памяти на текущие события (у 100% пациентов); снижением, неустойчивостью внимания (у 44%); дезориентировкой во времени (у 8%), деменцией (у 8%). Нарушения сна и бодрствования представлены дневной сонливостью и трудностью засыпания у 49% больных.

Выявлена зависимость немоторных проявлений болезни Паркинсона от длительности и степени тяжести заболевания. Так, на ранних стадиях заболевания когнитивные расстройства представлены умеренным снижением памяти, на поздних (при длительном течении) – деменцией. Вегетативные нарушения определялись у пациентов с длительностью заболевания свыше 3 лет.

Выводы: 1. Немоторные проявления болезни Паркинсона представлены вегетативными нарушениями, когнитивными и психо-эмоциональными расстройствами, расстройствами сна и бодрствования.

2. Немоторные проявления болезни Паркинсона не зависят от возраста и пола пациента, но зависят от степени тяжести, длительности заболевания, и сопутствующей патологии.

3. Вегетативные нарушения представлены головокружением, себореей, слезотечением, гиперсаливацией, запорами, учащенным мочеиспусканием.

4. У больных, страдающих болезнью Паркинсона, психоэмоциональные расстройства представлены тревогой и депрессией легкой и средней степени тяжести, раздражительностью, плаксивостью.

5. Когнитивные нарушения представлены снижением памяти на текущие события; снижением, неустойчивостью внимания; дезориентировкой во времени, деменцией.

АСТЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

С.В. Бугуров, Р.С. Чолаков, Э.М. Мейланов (IV курс, лечебный факультет)
Научный руководитель – к.м.н., асс. Р.И. Мухамедзянова

*Кафедра нервных болезней
(зав. – д.м.н., проф. В.В. Белопасов)*

Успешность обучения в вузе будущих врачей находится в зависимости от степени и характера их учебной нагрузки. Процесс вузовского обучения коренным образом отличается от школьного и, прежде всего, увеличением продолжительности учебных занятий, большим объемом информации, возросшей степенью личной ответственности за качество обучения, что в свою очередь может привести к возникновению у них АС.

Целью работы

- Изучение уровня астенического синдрома у студентов и исследование эффективности лечения препаратов «энарион» и «фенотропил».

План исследования

В исследование включены 3 группы обследуемых. В первую (основную) группу вошли 10 студентов получавших «фенотропил». Вторая группа состояла из 10 студентов, получавших «энарион». Третья группа (контрольная с назначением плацебо) из 5 студентов

Методы и схема исследования

- До назначения препарата каждому исследуемому проводилось

- 1)собеседование

- 2)тестирование

- 1.на опроснике ММРІ «шкала астенического состояния, разработанной Л.Д. Майковой и адаптированной Т.Г. Чертовой на базе данных клинико-психологических наблюдений и известного опросника ММРІ (Миннесотский многомерный личностный перечень). Шкала состоит из 30 пунктов-утверждений, отражающих характеристики астенического состояния («отсутствие астении», «слабая астения», «умеренная астения», «выраженная астения»

- 2.на концентрацию внимания (Лу-Нельсона) позволяет определить уровень концентрации внимания достигаемый волевыми и физическими усилиями»

- 3.на уровень быстроты мышления и подвижности нервных процессов (тест Симонова)

- 4. на слуховую память (определение объема слуховой памяти-тест Смирнова)

- Эффективность лечения считалась полной при отсутствии у пациентов жалоб астенического круга после курса лечения; частичной, если интенсивность каждой из основных жалоб (снижение работоспособности, общая слабость, дневная сонливость, снижение концентрации внимания) уменьшилась на 25%,от начальных результатов исследования.

Результаты исследования

В группе получавшей «фенотропил» выявлено увеличение скорости мышления (увеличилось количества составленных пар увеличилось на 30 %)

тестирование на концентрацию внимания

(увеличение количества найденных пар на 25%)

тестирование на слуховую память(увеличилось количество записанных слов на 23%).

В группе получавшей «энарион» сходные результаты. Но отличия в сроке наступления эффекта,и прогрессий эффекта .

Кроме того отмечен эффект плацебо у контрольной группы(увеличение показателей на 10%и снижение АС на 5 %).При изучений уровня АС на фоне приема «фенотропила» происходит снижение уровня АС на 20%- в течений 3 недель. А в группе получавшей «энарион» уменьшение АС на 16.5%.

ВЫВОДЫ

В результате исследования, были выявлены лица с АС. Было произведено исследование влияние препаратов для лечения АС на протяжении 21дня. В ходе исследования произведено сравнение эффективности 2-х препаратов рекомендуемых для лечения АС. Оба препарата показали высокую эффективность, но максимальный эффект проявлялся в разные сроки. Кроме того «фенотропил» - оказал выраженное положительное действие на АС, и психостимулирующее влияние, «энарион» проявил сходное действие ,но без психостимулирующего влияние.

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

А.Ш. Курмаева, З.М. Абдулварисова (IV курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н., асс. Р.И. Мухамедзянова

Кафедра нервных болезней

(зав. – д.м.н., проф. В.В. Белопасов)

В настоящее время во всем мире наблюдается значительный рост цереброваскулярной патологии. Среди разнообразных неврологических симптомов, развивающихся после сосудистых поражений головного мозга, особое место занимают когнитивные нарушения (КН), оказывающие значительное влияние на качество жизни пациентов. Они отмечаются примерно у 50 % больных с нарушениями мозгового кровообращения и в ряде случаев приводят к выраженной социально - бытовой дезадаптации [1]. Глобальные эпидемиологические исследования ВОЗ проведенные в отдельных странах, показывают, что нервно-психические расстройства с течением жизни переносит значительная часть населения, причем подавляющее большинство этих случаев остаются не диагностированными и не вылеченными. По данным ВОЗ, начинают лечить депрессию у 56,9% больных,

паническое расстройство - у 55, 9%, генерализованное тревожное расстройство у 57,5% [2]. Сосудистые заболевания головного мозга - наиболее частая причина когнитивных расстройств разной степени выраженности от минимальных расстройств до сосудистой деменции. Успех борьбы с мозговой сосудистой патологией в значительной мере зависит от своевременности выявления первых предпосылок к развитию заболевания [3].

Цель исследования: оценить эмоционально-психологическое состояние у всех пациентов с КН.

Задача: ранняя диагностика когнитивных нарушений еще до возникновения дезадаптации в повседневной жизни. Исследуются внимание, память, образность мышления, письмо, счет, чтение, эмоциональное состояние [2].

Материал и методы:

Для выявления когнитивных нарушений использовались следующие методы: методика Лурия, опросник SF-36, субъективная шкала оценки астении (MFI-20), тип отношения к болезни (ТОБОЛ), метод цветового выбора Люшера, тест рисования часов, шкала самооценки (ЗУНГ), корректурная проба Бурдона, КШОПС.

Результат: проведено экспериментально-психологическое тестирование 20 пациентов. Средний возраст составил 50 ± 5 лет. По результатам опроса больных и оценкам по шкалам выявлено, что у пациентов с цереброваскулярной патологией имеются когнитивные нарушения: по таблице Шульта (среднее время выполнения задания составило 60 ± 5 с, гипостенический вариант астении с недостаточностью концентрации внимания и истощаемостью умственной работоспособности); «кривая запоминания» по методике Лурия (носит ломанный характер, что связано с колебанием внимания); по тесту ТОБОЛ (построенные графическая кривая в среднем показала меланхолический, апатический, сенситивный характер; опросник SF-36 показал средний баллы по PF-15,4; RP-4,05; P-6,7; GH-14,35; VT-14,01; SF-5,25; RE-4,05; MN-14,35, где наибольшие показатели в отношении к болезни у больных с КН - это PF, GH, VT, MN и наименьший RE); по субъективной шкале оценки астении MFI-20 (выявлены следующие результаты: по шкале общей астении - 19 баллов (б), пониженную активность на 17 б, снижение мотивации на 16,75 б, физическую астению на 17,4 б и психическую астению на 19,8 баллов; тест на логическое мышление показал, что у пациентов преобладают наглядные формы мышления чем логические и носят неустойчивый, хрупкий характер).

Вывод: Результаты исследования показали, что у пациентов имеются проявления эмоционально-психологических расстройств с когнитивными нарушениями, сопровождающиеся неустойчивостью внимания, психической неустойчивостью, тревожным, ипохондрическим, неврастеническим, меланхолическим, апатическим типами отношения к болезни. Для них характерна интрапсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, обуславливающая нарушения социальной адаптации больных с этими типами реагирования, а также субдепрессивное состояние в гипостеническом варианте астении.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ

И.А.Захарова, Г.Р. Ишмаметова
(IV курс, педиатрический факультет)
Научный руководитель – к.м.н. Н.В.Ткачева

*Кафедра нервных болезней
(зав. – д.м.н., проф. В.В. Белопасов)*

Актуальность: Внедрение современных перинатальных технологий, широкое использование методов интенсивной терапии в лечении недоношенных новорожденных привело к существенному увеличению выживаемости недоношенных детей родившихся с очень низкой и экстремально низкой массой тела [2,3]. Чрезвычайно важна проблема бронхолегочных заболеваний у новорожденных. В последние годы на первое место по частоте и клинической значимости выходит бронхолегочная дисплазия (БЛД) [1]. Повторные эпизоды гипоксии, сочетание с внутрижелудочковыми кровоизлияниями и перивентрикулярной лейкомаляцией, недостаточное питание в критический период постнатального развития головного мозга обуславливают задержку темпов нервно-психического развития [4].

Цель работы: изучение особенностей психомоторного развития детей с бронхолегочной дисплазией.

Материалы и методы исследования:

Изучено 20 историй болезни детей в возрасте до 2 лет 11 месяцев на базе ГБУЗ АО ДГКБ №2. Были изучены клинические данные (анамнез заболевания, оценка неврологического статуса) и результаты нейровизуализационного, электрофизиологического обследования.

Результаты исследования:

Установлено, что в 70 % случаев бронхолегочная дисплазия у детей являлась следствием длительной искусственной вентиляции легких (ИВЛ) с жесткими параметрами, более 6-7 суток.

Акушерский анамнез был отягощен: беременность у женщин в 80% случаев протекала на фоне угрозы прерывания О-гестоза, ОРВИ, хронической фетоплацентарной недостаточности, анемии-30%, герпетической инфекции-15%, хронического пиелонефрита-15%, курения и алкоголизма-5%. В 20% случаях роды были

срочные, в 80% преждевременные. Оценка по шкале Апгар в 5% случаев - тяжелой степени тяжести (1/3 балла), в 70% случаев - средней степени тяжести (5/6 баллов).

Детей с I степенью недоношенности (35-37 недель, массой тела 2520 г) было 5%; со II степенью (32-34 недели, массой 1480-2000 г) – 15%; с III степенью (29-31 неделя, массой 1200-1525 г) – 20%; с IV степенью (26-28 недель, массой 800-1150 г) – 45%, доношенных детей - 15% с массой 3100-3230 г.

По данным катамнеза у детей с IV степенью недоношенности задержка психо-моторного развития (ПМР) отмечалась в 50%, детский церебральный паралич (двойная гемиплегия) выявлен в 25%; у детей с III степенью недоношенности детский церебральный паралич у 15%, эпилепсия Веста у 15% детей, задержка психо-речевого развития у 15%; у детей с недоношенностью II степени задержка психо-моторного развития у 20% детей, задержка психоречевого развития у 15%; у детей с недоношенностью I степени задержка ПМР и психо-речевого развития у 10%, детский церебральный паралич у 5%; у доношенных детей у всех выявлена симптоматическая эпилепсия, детский церебральный паралич (двойная гемиплегия).

По заключению окулиста – в 25% случаев ретинопатия 1-2 степени, атрофия зрительных нервов обоих глаз в 15%, сходящееся косоглазие в 15%, расходящееся косоглазие в 10%.

По данным НСГ лейкомаляция вещества головного мозга выявлена в 10% случаев у доношенных и недоношенных детей, ВЖК I степени выявлено у 10% детей, в 40% отмечалась вентрикулодилатация. Данные ЭЭГ свидетельствовали о функциональной незрелости нейронов мозга, снижение порога судорожной готовности, обусловленное патологическим влиянием со стороны глубоких мозговых структур.

Вывод: таким образом, 85% больных детей испытывают задержку в психо-моторном и речевом развитии. Факторами риска развития бронхолегочной дисплазии являются недоношенность (выявлена у 85 %), малая масса тела при рождении (75%), ИВЛ в неонатальном периоде.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖКТ

К.А. Дабшайте (V курс, педиатрический факультет)
Научный руководитель – к.м.н. Н.В. Ткачева

*Кафедра нервных болезней
(зав. – д.м.н., проф. В.В. Белопасов)*

Актуальность. Психосоматические расстройства в силу хронического характера и незначительной степени выраженности психологических нарушений, редко диагностируются в соматических стационарах, поэтому лечение подростков чаще ограничивается применением только соматотропной терапии и не направлено на коррекцию аффективной составляющей соматического заболевания, а также психофизиологических нарушений, сопровождающих соматическое заболевание.

Поэтому так важно правильно и своевременно диагностировать психосоматические расстройства (ПР).

Основные факторы риска:

- Личностные особенности
- Психические и физические состояния во время действия психотравмирующих событий.
- Фон неблагоприятных семейных и других социальных факторов.
- Особенности психотравмирующих факторов[1].

Цель работы: выявить возможные психосоматические расстройства у детей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Материалы и методы исследования: В работе были использованы данные историй болезни за 2012 год, результаты инструментальных методов исследования, ЭЭГ, КТ.

Применялась модифицированная шкала оценки вероятности возникновения психосоматических расстройств (ПР) (Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования "Северный государственный медицинский университет" (г.Архангельск) Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию" (ГОУ ВПО "СГМУ Росздрава"), 2007 г.); опросник «уровень тревожности ребенка» Г.П. Лаврентьева, Т.М. Титаренко[5] ; Торонтская алекситимическая шкала [3]; опросник депрессии у детей (Maria Kovacs, 1992); цветовой тест отношений [2]; рисуночный тест «Несуществующее животное»[4].

Результаты исследования. Обследовано 30 детей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта в возрасте от 7 до 17 лет. Хронический гастрит выявлен у 40% детей, хронический гастродуоденит - у 60%, дискинезия желчевыводящих путей отмечалась - у 60%, эрозивный бульбит - в 10% случаев.

Предлагаемый алгоритм изучения вероятности развития психосоматического расстройства включал последовательную реализацию пяти этапов: I - изучение анамнеза, II - клинический осмотр, III - обследование в соответствии с соматическими жалобами (ЭКГ, КИГ, ФГДС, функция внешнего дыхания), IV - нейрофизиологическое исследование: электроэнцефалография (ЭЭГ), компьютерная томография головного мозга (КТ), IV - проведение психодиагностики.

Общее максимальное количество баллов составило 105,0; общее минимальное количество баллов - 7,0.

Детей с низкой степенью вероятности развития ПР выявлено 17%, со средней степенью – 60% и с высокой степенью вероятности 23%.

Алекситимический тип личности у детей с высокой степенью вероятности ПР проявлялся в 86% случаев. У детей со средней степенью в 50% случаев, с низкой степенью – 20%.

Также одним из критериев шкалы являлось определение тревожных состояний. У детей с высокой степенью вероятности ПР высокий уровень тревожности определялся в 86% случаев, со средней степенью вероятности ПР- средний уровень тревожности 72%. Низкий уровень тревожности в 100% случаев определялся при низкой степени вероятности ПР.

Депрессивное состояние значительно превышало средний уровень у детей с высокой степенью вероятности ПР в 58% случаев. У детей со средней степенью вероятности ПР также превалировала депрессия со значительным превышением среднего уровня – 45%. С низкой степенью вероятности развития ПР в 80% случаев определялся средний уровень депрессии.

Особенности семейного воспитания и взаимодействия занимают значимое место в этиологии и патогенезе данной группы расстройств. Был применен Цветовой тест отношений, методической основой которого является цветоассоциативный эксперимент. Рассматривалось отношение детей к своей семье. У детей с высокой степенью вероятности развития ПР негативное отношение (искаженные взаимоотношения в семье, чрезмерное давление родителей, недостаточность общения, внутрисемейные вредности, антагонистические взаимодействия и взаимоотношения в семье) отмечалось в 72% случаев, со средней степенью в 56% и с низкой степенью – 40%.

Было отмечено, что у детей с высокой степенью вероятности ПР в 43% случаев в анамнезе отмечается головная боль напряжения у 14% и перинатальные поражения ЦНС у 71%. Со средней же степенью головная боль напряжения у 39%, перинатальные поражения ЦНС в 5% случаев. У детей с низкой степенью вероятности ПР данных показателей в анамнезе не было.

Метод исследования личности с помощью проективного теста "Несуществующее животное" построен на теории психомоторной связи. По И. М. Сеченову, всякое представление, возникающее в психике, любая тенденция, связанная с этим представлением, заканчивается движением. При выполнении рисунка лист бумаги представляет собой модель пространства и, кроме состояния мышц, фиксирует отношение к нему. Пространство, в свою очередь, связано с эмоциональной окраской переживания и временным периодом. Отрицательно окрашенные и депрессивные эмоции, с неуверенностью и пассивностью просматривались у 43% детей.

Выводы:

1. У детей с высокой и средней степенью вероятности развития психомоторного расстройства отмечаются в анамнезе головные боли напряжения и перинатальные поражения ЦНС.

2. Алекситимический тип личности определяется практически во всех случаях у детей с высокой степенью вероятности развития психосоматического расстройства.

3. Было отмечено высокое влияние неблагоприятных семейных факторов на развитие психосоматических расстройств.

4. Тревожные и депрессивные состояния, превышающие средний уровень, превалируют у детей с высокой степенью вероятности развития психосоматических расстройств.

ЭМОЦИОНАЛЬНО-КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ЛИЦ ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

Д.А. Абдурахманова (IV курс, лечебный факультет)

А.Ш. Герюкова (IV курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – д.м.н., доц. И.Г. Измайлова

*Кафедра нервных болезней
(зав. – д.м.н., проф. В.В. Белопасов)*

Сосудистые заболевания нервной системы являются одной из наиболее частых причин летальности и инвалидизации. По статистике острые нарушения мозгового кровообращения среди причин смертности занимают третье место после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. Наиболее часто инсульт встречается у лиц в возрасте 40-70 лет.

Целью работы явилось: уточнение особенностей и спектра эмоциональных и когнитивных расстройств в восстановительном периоде у пациентов перенесших инсульт.

Методы: Общее физикальное и неврологическое обследование, проведен анализ историй болезней, данных анамнеза, неврологического статуса и дополнительных исследований у 20 пациентов, из них 13 мужчин и 7 женщин. Проводилось тестирование с оценкой памяти (тест Шульте, краткая шкала оценки психического статуса (MMSE), опросник БЭКА, шкала оценки астении) внимания, ассоциативного мышления, умственной работоспособности; оценка астенических и депрессивных расстройств. Также использовались функциональные

пробы для выявления нарушений в физической сфере. Интерпретация результатов обследования происходила путем суммирования диагностических коэффициентов по каждому из пунктов с последующей трактовкой диагноза.

В результате исследования выявлено: у 20% пациентов наблюдается снижение памяти и быстрая утомляемость; у 60% выявлено снижение трудоспособности; прослеживается четкая связь между полом пациента и проявлением депрессии, так у женщин восстановительный период протекает дольше и сложнее чем у мужчин. По данным анкеты бальной оценки характеристик сна, нарушение сна наблюдается у 6 пациентов; опросника депрессии (БЭЖА): у 4 пациентов наблюдается легкая депрессия (циклотомическая), 16 пациентов депрессия отсутствует; оценки психического статуса: у 3 пациентов наблюдается легкая форма деменции. По результатам функциональных проб наблюдается: снижение функции правой и левой рук у 4 пациентов и снижение функции только правой конечности у 1 пациента в доминантном полушарии.

ДЕМЕНТНЫЙ СИНДРОМ

К.Р. Муханова (IV курс, лечебный факультет)
Научный руководитель – к.м.н., Р.И. Мухамедзянова

*Кафедра нервных болезней
(зав. – д.м.н., проф. В.В. Белопасов)*

Деменция - это синдром, обусловленный органическим поражением головного мозга и характеризующийся нарушениями в мнестической и других когнитивных сферах, включая речь, ориентировку, абстрактное мышление, праксис. Основными причинами являются: первичные дегенеративные заболевания, сосудистые заболевания головного мозга, хронические интоксикации, метаболические нарушения в связи с хроническими висцеральными заболеваниями, эндокринопатии, витаминная недостаточность,

инфекции, другие заболевания — рассеянный склероз, эпилепсия, гидроцефалия, болезнь Штрюмпеля — Вильсона — Коновалова и др. [Яхно Н. Н., Штульман Д. Р. Болезни нервной системы, 2001]. Деменция частично обратима в 8 % случаев и полностью обратима у 3 % больных. Причинами деменции в 16 % случаев являются метаболические нарушения, в 26 % случаев — депрессия, в 28% — прием лекарственных препаратов [По данным Clarfield, 2008]. Цель работы: углубленное изучение патогенеза и клинических особенностей данного заболевания, выявление динамики развития симптомов у пациентов разных возрастных групп, освоение методов обследования пациентов. Методы: общее физикальное и неврологическое обследование, проведение психологических тестов (тест «Мини-ког», краткая шкала оценки психического статуса, батарея лобной дисфункции), МРТ. Количество исследуемых составило 20 человек- 6 мужчин и 14 женщин. Возраст пациентов варьировал от 32 до 95 лет. У 17 пациентов наблюдался длительный анамнез, а 3-болезнь выявлена впервые. Интерпретация результатов обследования происходила путем суммирования диагностических коэффициентов по каждому из пунктов с последующей трактовкой диагноза. По результатам исследования, деменция умеренной степени выраженности наблюдалась у 8 больных, преддементные когнитивные нарушения были у 2 пациентов, тяжелая деменция-у 10 человек.

До недавнего времени лекарственная терапия деменции сводилась на ранней стадии к назначению повторных курсов ноотропных и вазоактивных средств с весьма сомнительной эффективностью, а на поздней стадии— к применению психотропных средств, прежде всего нейролептиков. Появление современных возможностей диагностики и терапии деменции позволяет сформулировать понятие базисной терапии деменции. Под базисной терапией следует понимать методы лечения, направленные на предупреждение дальнейшего повреждения мозга и обеспечивающие длительную стабилизацию или замедление снижения психических функций в условиях прогрессирующего патологического процесса [Артемьев Д.В., Захаров В.В., Левин О.С. Старение и нейродегенеративные расстройства: когнитивные и двигательные нарушения в пожилом возрасте. Методические рекомендации, 2005]. Выводы: 1. Деменция – это состояние, при котором все интеллектуальные функции (память, плавность речи и способность обращаться с математическими знаками, ощущать зрительно-пространственные связи, мыслить абстрактно, решать задачи) нарушаются более или менее равномерно. Каждая из этих функций (за исключением мышления) имеет определенное морфологическое представительство в головном мозге и может, следовательно, повреждаться по-разному в каждом отдельном случае. 2. Проводимые исследования информативны, затрачивают незначительное количество времени, удобны при подсчете и изучении результатов, характеризуют когнитивные способности исследуемого. 3. Большое значение в лечении имеет реабилитация пациентов, включающая в себя тренировки, направленные на улучшение памяти, программы, направленные на повышение активной деятельности больных дома, арттерапия.

СОСТОЯНИЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ПРЕДИАЛИЗНОЙ СТАДИИ

А.С. Айрапетова (IV курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – ассистент кафедры неврологии и нейрохирургии с курсами мануальной терапии и рефлексотерапии ФПК и ППС ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России к.м.н. И.В. Кладова

*Кафедра нервных болезней
(зав. – д.м.н., проф. В.В. Белопасов)*

Головной мозг пациентов с хронической почечной недостаточностью (ХПН) представляет собой одну из ключевых мишеней для комплекса негативных метаболических, гипоксических, гемодинамических нарушений, неизбежно присущих этой патологии. Именно сохранность функций головного мозга в значительной степени определяет качество и продолжительность жизни больных, их медицинскую и социальную адаптацию [2, 4, 5]. Вместе с тем, по данным регистра Российского диализного общества (РДО), подавляющее большинство (87%) коморбидных заболеваний у пациентов с ХПН диагностируется за год до начала диализа или еще позже [1, 4], когда возможность коррекции даже потенциально обратимых, в том числе и неврологических расстройств, уже упущена. Это свидетельствует об отсутствии должного диагностического мониторинга на преддиализном этапе ХПН с участием специалистов разного профиля. Более того, на сегодняшний день не определены четкая патогенетическая концепция развития неврологических осложнений ХПН, прогностические факторы их развития, формы и течение в зависимости от стадии и длительности заболевания, тактика фармакотерапии. Все это диктует целесообразность детального изучения сущности и структуры церебральных расстройств у больных ХПН с детальной оценкой всех составляющих неврологического статуса.

Целью настоящей работы явилось изучение показателей когнитивной сферы у пациентов с преддиализной стадией ХПН и оценка предикторной информативности возможных факторов их нарушения.

Материал и методы исследования.

Исследование проводилось на базе отделения терапии АМОКБ г.Астрахани. Всего обследовано 15 пациентов, страдающих ХПН II стадии. Средний возраст больных составил $54,3 \pm 3,6$ года (от 32 до 75 лет). Распределение пациентов по полу: ж/м = 9/6. Причиной ТХПН послужили у 6,7% (1 чел.) больных – хронический гломерулонефрит, у 80% (12 чел.) – хронический пиелонефрит, и у 13,3% (2 чел.) – хронический подагрический тубулоинтестинальный нефрит. Длительность заболевания составила в среднем $10,8 \pm 2,4$ лет (от 1 месяца до 26 лет).

Клиническое исследование выполнялось в соответствии с правилами GCP по специально разработанному протоколу с использованием унифицированных индивидуальных карт больных. Для оценки состояния больного использовались формализованная балльная шкала со стандартизированными критериями оценки выраженности по 10-ти ведущим клиническим симптомам [1]. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale) позволяла определить эмоциональный статус пациентов. Нейропсихологическое тестирование включало тестирование с помощью по таблиц Шюльте, пробы запоминания 10-ти слов по А.Р.Лурия, батареи тестов для оценки лобных функций (Frontal Assessment Battery) [2].

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием ППП Statistika фирмы StatSoft Inc. и Excel.

Результаты исследования.

Все больные отмечали у себя хотя бы один из ведущих клинических симптомов. Наиболее частой жалобой пациентов явилось снижение памяти, оно беспокоило $86,7 \pm 9,1\%$ пациентов, причем выраженность ее оценивалась в среднем в $2,06 \pm 0,07$ балла. При этом значимо выраженной (3 балла) ее у себя считали около $46,2 \pm 13,3\%$. Обращает на себя внимание достаточно высокий процент больных, предъявлявших жалобы на головокружения несистемного характера ($80 \pm 10,7\%$), эмоциональную лабильность ($73,3 \pm 11,8\%$) и головную боль ($73,3 \pm 11,8\%$).

По результатам опросника HADS тревожно-депрессивные расстройства были выявлены у $60 \pm 10,7\%$ больных. Сочетание клинически значимой тревоги и депрессии верифицировано у $22,2 \pm 11,1\%$ больных, причем выраженность симптомов тревоги и депрессии определялась у них в среднем $10 \pm 0,3$ и $11,5 \pm 0,5$ баллов соответственно.

При этом тревожные расстройства были характерны для $33,3 \pm 12,6\%$ пациентов, клинически значимая тревога регистрировалась у $22,2 \pm 11,1\%$ больных (средний балл $13,5 \pm 0,6$). У $44,4 \pm 13,3\%$ пациентов имеются признаки депрессивного расстройства, причем у $22,2 \pm 11,1\%$ – клинически выраженная депрессия (средний балл $15 \pm 0,8$).

В структуре когнитивных нарушений преобладали расстройства, связанные с уменьшением объема, концентрации и устойчивости внимания, а также со снижением кратковременной памяти и активности запоминания. По результатам выполнения пробы Шюльте, у $60 \pm 10,7\%$ (9 чел.) пациентов отмечалось снижение всех временных параметров внимания (среднее время выполнения теста $62,2 \pm 3,7$ с).

При тестировании кратковременной памяти по А.Р. Лурия объем непосредственного воспроизведения составил всего $3,5 \pm 0,4$ слова, среднее количество слов после пяти повторений составило $6,9 \pm 0,4$.

Среди протестированных нами больных число пациентов с выраженным снижением показателей непосредственного и отсроченного воспроизведения достигает $86,7 \pm 9,1\%$.

Анализируя результаты выполнения шкалы FAB, необходимо отметить следующее. Средний балл составил $14,1 \pm 0,9$. Справились с тестом 6 больных - $40 \pm 13,1\%$. У 3-х пациентов ($20 \pm 10,7\%$) по результатам выполнения теста FAB можно было констатировать наличие лобной деменции. Результаты остальных 6 человек ($40 \pm 13,1\%$) соответствовали умеренным когнитивным нарушениям.

Таким образом, результаты нейропсихологического тестирования показали, что у $86,6\%$ пациентов рассматриваемой нами группы больных отмечался тот или иной когнитивный дефицит. При этом у $13,3 \pm 9,9\%$ встречались отклонения только в одной сфере когнитивной деятельности, тогда как у $73,3 \pm 9,9\%$ отклонения были отмечены в каждом из тестов.

Выявлен средний уровень корреляционной зависимости между временем выполнения задания в пробе Шульте ($r=0,45$), объемом воспроизведения ($r=-0,39$), количеством баллов по шкале FAB ($r=-0,53$) и возрастом больных. Подобный уровень взаимоотношений получен при анализе результатов выполнения тестов и уровнем гемоглобина.

Заключение.

Таким образом, анализ клинических данных и результатов нейропсихологического тестирования у больных с ХПН позволяет констатировать значительную распространенность когнитивных нарушений у больных с преддиализной стадией ХПН. Причем выявлен, так называемый, полифункциональный тип когнитивных расстройств [2], при котором страдают разные составляющие когнитивной деятельности (по результатам работы у $73,3 \pm 9,9\%$ больных). Когнитивная дисфункция, по нашим данным, сопровождалась высоким уровнем эмоциональных нарушений ($60 \pm 10,7\%$ пациентов), в их структуре преобладали расстройства депрессивного спектра ($44,4 \pm 13,3\%$ больных). В подавляющем большинстве случаев, выявленная неврологическая симптоматика нуждалась в коррекции. Однако вопросы о том, насколько обратимы имеющиеся нарушения, с какими патогенетическим механизмами развития они преимущественно ассоциированы, какова должна быть тактика их фармакологической коррекции остаются открытыми. Это диктует необходимость целенаправленной актуализации проблемы неврологических нарушений у пациентов с ХПН и требует консолидированного мультидисциплинарного подхода к ее решению.

ПРОБЛЕМА СОБЛЮДЕНИЯ РЕЖИМА И СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ (КОМПЛАЕНТНОСТИ) У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Э.С. Гейвандова (IV курс, педиатрический факультет)
Научный руководитель – к.м.н., доц. Ж.М. Цоцонава

*Кафедра нервных болезней
(зав. – д.м.н., проф. В.В. Белопасов)*

Основной целью медикаментозного лечения эпилепсии является избавление от эпилептических приступов при условии сохранения оптимального для пациента качества жизни. К сожалению, не всегда усилия врачей приводят к желанной цели, в том числе и из-за отсутствия комплаентности у пациентов. Длительное лечение любого хронического заболевания, как правило, вызывает у пациентов и их близких трудности с соблюдением режима приема препарата, регулярным посещением врача и т.д. Считается, что от 30 до 40 % пациентов, страдающих эпилепсией, не во всем следуют советам врача [2].

Нарушения комплаентности чаще всего обуславливают неблагоприятные исходы эпилепсии. Кроме того, доказано, что большинство пациентов с плохой комплаентностью раньше или позже совсем отказываются от приема антиэпилептических препаратов, сводя к нулю все усилия врача.

Комплаентностью (от англ. compliance — соблюдение обязательств) называется точное выполнение пациентом предписаний врача. Отсутствие комплаентности (некомплаентность) — актуальная проблема для всех областей клинической медицины. Отказ от противоэпилептических препаратов (ПЭП) или их прием в заведомо недостаточных дозах может повлечь за собою целый ряд серьезных нежелательных последствий как для самого пациента, так и для системы здравоохранения.

Целью данного исследования была оценка уровня комплаентности у пациентов с эпилепсией, выявление причин некомплаентности, а также факторов, снижающих комплаентность у данных пациентов в Астраханской области.

На базе Детской Городской Клинической Больницы №2 было проведено анкетирование 30 больных, находившихся на лечении в неврологическом отделении ДГКБ №2, а также были изучены их истории болезни.

Установлено, что на долю мужского пола приходится 18 (60%) случаев, а на долю женского пола – 12 (40%) случаев.

Возраст больных колебался от 1 года 10 месяцев до 16 лет, но наиболее часто встречается в пубертатном периоде (12-16 лет). (рис. 1)

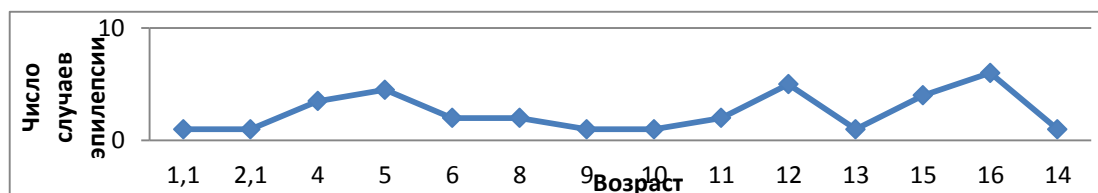


Рис. 1 Возраст пациентов с эпилепсией.

Возраст дебюта заболевания колеблется от 1 месяца до 14 лет, но наиболее часто встречается в возрасте от 3-8 лет. Продолжительность заболевания колеблется от 1года 6 месяцев до 15 лет, но чаще встречается длительность заболевания сроком в 3-5 лет.

Было установлено, что препаратами стартовой терапии в 6 (20%) случаев являются препараты группы карбамазепина (финлепсин, трилептал), в 24 (80%) случаев – вальпроаты (депакин-сироп, депакин-хроно, депакин-хроносфера). Кроме того, был установлен факт приобретения противоэпилептических препаратов - 17 (56,6%) больных приобретают препараты самостоятельно, а 13 (43,4%) - получают препараты на льготных условиях. Была оценена корреляция уровня комплаентности со схемой используемой терапии (моно- или политерапия). Монотерапия назначена 18 (60%) пациентам, а 12 (40%) больных используют для лечения 2 и более препаратов.

Пациенты в исследуемой группе имели следующие приступы:

10 (33,3%) – генерализованные,

10 (33,3%) – парциальные, из них 3 (30%) – лобные.

В 5 (16,6%) случаев был выставлен диагноз Симптоматическая эпилепсия.

И в 6 (20%) случаев был выставлен диагноз Криптогенная эпилепсия, из них 1 (16,6%) на криптогенную височную эпилепсию, 1 (16,6%) на криптогенную лобную эпилепсию и в 2(33,3%) случаев – синдром Веста.

Для оценки комплаентности существует множество методов, ни один из которых нельзя считать идеальным. По данным J. Cramer и соавт., комплаентность составляет в среднем 82% в течение 5 дней до и после визита, снижаясь в интервале между визитами до 67% ($p<0,05$). [3]

В данном исследовании комплаентность пациентов оценивалась на основании предоставленных ими же данных. По результатам наблюдения в полном объеме выполняли врачебные рекомендации лишь 19 (63,4%) пациента. У 8 (26,6) % пациентов констатированы единичные пропуски приема лекарства, связанные с забывчивостью и отсутствием ПЭП на момент приема. Однако эти нарушения, по нашему мнению, не могли существенно повлиять на частоту приступов, поэтому пациенты данной группы были отнесены к разряду «условно комплаентных». Оставшиеся 3 (10%) больных полностью игнорировали врачебные рекомендации, что проявлялось отказом от приема а так же приемом лекарств в заведомо неантikonвульсивных дозах, в связи с боязнью побочных эффектов. Однако, лишь у 8 (26,6%) обследованных имелись побочные эффекты: избыточный вес 3 (10%), изменение ЛФ 2 (6,6%), гепатомегалия 2 (6,6%), боль в костях 1 (3,3%).

В данном исследовании мы попытались проследить количество вызовов скорой помощи за год. 26 (86,6%) пациентов отмечают от 1 до 4 вызовов БСМП в год в связи с возникшим приступом эпилепсии. Но были и случаи 4 (13,4%) обращения за помощью от 10 до 50 раз в год.

Обращает на себя внимание количество госпитализации пациентов. 20 (66,6%) пациентов ежегодно подвергаются госпитализации от 1 до 4 разов в год в плановом порядке. 8 (26,6%) пациентов госпитализируются чаще 4 раз в год, по экстренным показаниям и в плановом порядке. И лишь 2 (6,8%) больных отрицают факт госпитализации в течение года.

Важным показателем эффективной терапии является качество жизни – интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии. В ходе исследования нами оценено качество жизни больных с использованием специальных опросников КЖ.

В среднем опрошенные оценили по шкале свое состояние здоровья на 314 баллов (от 170 до 1150).

Таким образом, для увеличения комплаентности пациентов необходимо сочетание целого ряда факторов: доступность и удобство приема ПЭП, мотивация, информированность, регулярное общение с лечащим врачом. Не вызывает сомнения, что работа по всем вышеуказанным направлениям существенно повысит эффективность лечения больных эпилепсией.

СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С РАЗНЫМИ ФОРМАМИ ЭПИЛЕПСИИ

С.Ш. Махмудова (VI курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель – к.м.н., доц. Ж.М. Цоцонава

Кафедра нервных болезней

(зав. – д.м.н., проф. В.В. Белопасов)

Актуальность проблемы: Эпилепсия - одно из частых заболеваний нервной системы у детей и подростков, которое занимает третье место в структуре неврологических страданий.

Частота заболевания в популяции детского населения достигает 1 %. Несмотря на широкий арсенал противоэpileптических лекарственных средств, у 15-30 % больных заболевание является пожизненным [2,4].

По данным зарубежных авторов, риск смерти у взрослых больных эпилепсией повышен для мужчин в 2,7 раза, а для женщин в 2,3 раза [3]. Актуальность детального изучения состояния сердечно-сосудистой системы у детей, страдающих эпилепсией, определяется не только повышенным риском смерти по сравнению с общей популяцией, но и высоким процентом инвалидизации и нарушением качества жизни данного контингента больных [4].

Цель исследования: Изучить состояние сердечно-сосудистой системы у детей с разными формами эпилепсии по совокупности морфофункциональных показателей.

Материалы и методы. Были исследованы 50 детей в возрасте от 8 мес. до 17 лет, страдающих эпилепсией. Все дети постоянно получали противосудорожную терапию. Обследование включало клиническое исследование состояния сердечно-сосудистой системы и оценку неврологического статуса, были ретроспективно обработаны карты стационарного больного. Осуществлялась электрокардиография и эхо-КГ.

Результаты исследования. По данным ЭКГ, синусовая тахикардия была зарегистрирована у 18 % пациентов, достоверно чаще она имела место у детей с фокальной височной эпилепсией 7(77,8%) . Синусовая брадикардия была обнаружена у 22 %.

Нарушения ритма и проводимости сердца были представлены следующим образом: нарушение желудочковой проводимости – 6 %

неполная блокада передней ветви левой ножки пучка Гисса – 8%

аритмии – 24%

Так же у 10 % больных были выявлены дистрофические изменения в миокарде (больные со стажем более 5 лет)

Выводы:

1. Изменения со стороны сердечно-сосудистой системы характерны для детей с эпилепсией
2. По данным ЭКГ выявлены признаки биоэлектрической нестабильности миокарда, что может являться прогностически неблагоприятным фактором
3. Учитывая данные клинко-инструментального исследования, можно предполагать развитие миокардиодистрофии у ряда пациентов с эпилепсией
4. Всем больным с эпилепсией показана консультация детского кардиолога с проведением полного клинко – инструментального обследования. Пациенты с фокальными формами эпилепсии, имеющие генерализованные приступы и стаж более 5 лет, являются наиболее угрожаемая группой больных по развитию патологии сердечно – сосудистой системы. Данное исследование было выполнено для формирования настороженности, выделения групп диспансерного наблюдения детей и подростков с эпилепсией для возможной медикаментозной коррекции с целью повышения качества жизни данной категории пациентов.

СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМИ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

О.В. Климчук (клинический ординатор)

Научный руководитель – д.м.н., профессор Л.П.Великанова

*Кафедра наркологии, психотерапии и правоведения
(зав. – д.м.н., проф. Л.П.Великанова)*

Болезни патологической зависимости (БПЗ) - одна из самых острых проблем не только российского, но и мирового масштаба. Данная группа заболеваний требует комплексного рассмотрения, при котором должны учитываться все механизмы: социальные, биологические, культурные. [1] В настоящее время вопросы употребления психоактивных веществ (ПАВ) в подростковом возрасте изучаются специалистами различных областей. Кроме того, известно, что лишь незначительная часть несовершеннолетних самостоятельно обращается за наркологической помощью, в то время как 5-7% от всех подростков уже имеют опыт хотя бы разового употребления наркотических веществ [4].

Одной из наиболее значимых групп факторов, предрасполагающих к злоупотреблению ПАВ, является совокупность социально-педагогических воздействий, а в частности, семейное воспитание. Нарушение структуры и функций семьи порождает патологии психического развития детей. Так, в случае воспитания в условиях неполной семьи имеют место понятия "семейный дефицит" и "социальный голод" - ребенок растет без внимания и заботы, без необходимого общения, что часто является причиной обращения к алкоголю или наркотическим веществам [3]. Если же один или несколько членов семьи злоупотребляют алкоголем, то помимо отягощенной наследственности предрасполагающими факторами здесь являются питейные традиции и атмосфера терпимости к употреблению ПАВ в семье, безразличное отношение окружения к наркотизации и алкоголизации подростков.

Нами изучались вопросы коморбидности психических заболеваний и наркологической патологии и доля различных факторов в патогенезе подросткового злоупотребления психоактивными веществами. Особое внимание уделялось социально-педагогическим аспектам формирования патологии. В ходе нашего исследования на базе детских отделений ОГУЗ «Психиатрия» и ГБУЗ «Областной наркологический диспансер» г. Астрахани было проведено изучение историй болезни пациентов, госпитализированных в период с 2005 по 2012 годы. Было выявлено, что из 632 больных, получавших лечение в ОГУЗ «Психиатрия» за этот период 103 (16,3%) также были госпитализированы в ГБУЗ «Областной наркологический диспансер». Наиболее распространенной формой употребления психоактивных веществ в подростковом возрасте является поисковый полинаркотизм, и, как следствие, у большинства лиц из исследуемой группы имеют место несколько наркологических диагнозов одновременно. Так, пагубное употребление табака (F 17.1) встречается в 91,26% случаев (94 человека), алкоголя (F 10.1) – в 78,64% (81 человек), летучих растворителей (F 18.1) – в 22,33% (23 человека), каннабиноидов (F12.1) – в 15,53% (16 человек), курительных смесей (не классифицированы) – в 3,88% (4 человека) и галлюциногенов (F 16.1) – в 1,91% (2 человека). В ходе анализа группы социально-педагогических факторов были получены следующие данные. 57 из 103 (55,3%) проходивших лечение в обоих учреждениях несовершеннолетних воспитывались в неполных семьях (развод родителей, смерть или уход из семьи одного или обоих родителей). У 29 исследуемых (28,2%) один или оба родителя были лишены родительских прав. В семьях у 41 ребенка из исследуемой группы (39,8%) один или оба родителя злоупотребляли алкоголем. У 12 из 103 исследуемых (11,7%) мать или отец находятся в местах лишения свободы, что свидетельствует о неблагоприятной семейной обстановке и низкой правовой культуре родителей. Девятеро (8,7%) воспитывались в условиях многодетной семьи – в этих условиях повышается риск педагогической и социальной запущенности несовершеннолетних членов семьи. Причинами злоупотребления в вышеперечисленных случаях также могут явиться низкий образовательный, педагогический и культурный уровень родителей, отрицательный психологический климат и отчуждение в семье. Бесспорно также, что конфликты в семье — психотравмирующий фактор, вызывающий у детей отчужденность, уход из дома на улицу и способствующий у них употреблению спиртных напитков - начальное звено в генезе злоупотребления. [2] Как результат, 63 из 103 несовершеннолетних (61,2%) в итоге были помещены в детские дома, интернаты или другие воспитательные учреждения – условия и окружение в этих учреждениях сами по себе способствуют злоупотреблению ПАВ и дальнейшему развитию БПЗ.

На основании приведенных данных можно сделать следующий вывод - приёму психоактивных веществ в значительной степени способствуют неблагоприятная семейная обстановка и неправильные условия воспитания. Задача семьи - воспитать гармоничную личность, не подверженную социально-негативным явлениям, поэтому одной из основных задач на сегодняшний день является проведение комплекса мероприятий по первичной профилактике зависимостей на микросоциальном уровне. Стратегия первичной профилактики предусматривает развитие ресурсов семьи, помогающих формированию у детей и подростков законопослушного и ответственного поведения, а также ресурсов, которые обеспечивают поддержку несовершеннолетнего, начавшего употреблять ПАВ, сдерживают его разрыв с семьей и помогают ему на стадии социально-медицинской реабилитации.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА В НАРКОЛОГИИ СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ

А.Т. Зукеева (клинический ординатор)
Научный руководитель – д.м.н., профессор Л.П.Великанова

*Кафедра наркологии, психотерапии и правоведения
(зав. – д.м.н., проф. Л.П.Великанова)*

На сегодняшний день профилактика злоупотребления психоактивными веществами определяется как комплекс социальных, образовательных и медико-психологических мероприятий, направленных на выявление и устранение причин и условий, способствующих распространению и употреблению психоактивных веществ, предупреждение развития и ликвидацию негативных личностных, социальных и медицинских последствий злоупотребления ПАВ (безнадзорность, беспризорность, преступность, рост случаев ВИЧ-инфекций, гепатита, заболеваний, распространяемые половым путем и т.д.). Профилактика рассматривается как целостная, организуемая в рамках единой государственной программы система мер, которая имеет свое содержание, свою этапность и динамику развития, свой определенный конечный результат и реализуется государственными и общественными структурами. Сегодня очевидно, что многие профилактические программы, созданные для несовершеннолетних, не получили широкого распространения. Причина этого – индифферентная позиция специалистов органов управления образованием, администраторов образовательных учреждений, связанная с их слабой информированностью по проблемам ПАВ. Нежелание менять привычные методы работы формирует позицию отстраненного наблюдателя, пасующего перед масштабом необходимой профессиональной перестройки. Однако имеется и позитивная сторона профилактики, проявляющаяся в ориентации на формирование позитивных ценностей и установок личности, формирование активной личности, способной самостоятельно справляться с собственными психологическими затруднениями и жизненными проблемами, не нуждающейся в приеме ПАВ, формирование просоциальных поддерживающих групп. Современное

представление о профилактике предусматривает профилактику любых форм девиантного поведения у всех без исключения детей.

В АГМА на базе кафедры анатомии совместно с кафедрой наркологии, психотерапии и правоведения реализуется наиболее востребованная в настоящее время информационная модель первичной профилактики. Учитывается возраст школьников, степень осведомленности, психологические особенности данной возрастной категории, формы подачи необходимой информации, ее доступность; стимулируется максимальная активность самих школьников.

Беседа проводится в 3 этапа. Вначале школьникам попадают на экскурсию в анатомический музей, в ходе которой могут наглядно познакомиться с последствиями длительного употребления алкоголя, никотина и послушать комментарии специалиста. Заспиртованные поврежденные и разрушенные внутренние органы поражают воображение детей и подростков, вызывают интерес к комментариям, побуждают задавать вопросы.

На втором этапе школьники приглашаются на просмотр тематического короткометражного фильма «Жестокая правда», содержащий сюжеты о последствиях употребления наркотиков и алкоголя.

На заключительном этапе, подготовленном двумя предыдущими, инициируется свободная беседа, ответы на интересующие вопросы (а их возникает много). Как правило, эту часть проводят подготовленные по вопросам зависимости студенты, ординаторы. Их молодой возраст создает более доверительную и непринужденную атмосферу беседы, исключает морализаторство и поучающий характер.

Таким образом, воздействуя на зрительное восприятие, эмоциональную сферу, в обстановке непринужденной беседы и обмена мнениями, удается донести до школьников больше необходимой и, в тоже время, научной информации.

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ АБУЗУСНОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ

А.С. Айрапетова (IV курс, лечебный факультет)
Научный руководитель – д.м.н., доц. И.Г. Измайлова

*Кафедра нервных болезней
(зав. – д.м.н., проф. В.В. Белопасов)*

Головные боли напряжения (ГБН) являются наиболее распространенной формой головных болей. ГБН определяют как головную боль, возникающую в ответ на психическое перенапряжение, которое является результатом острого или хронического стресса.

Значительную роль среди причин ГБН хронического течения играет лекарственный (абузусный) фактор. Неоправданно частый прием анальгетиков может послужить причиной формирования хронической ГБ [1]. Так, около 90% пациентов, страдающих ГБ, используют их самостоятельно.

Нередко к злоупотреблению анальгетиками ведут именно пассивные стратегии преодоления боли [2] (копинг-стратегии) – совокупность когнитивных и поведенческих приемов, используемых пациентом для того, чтобы справиться с болью, уменьшить ее интенсивность или смириться с ней. Отмечено существование сходства болевого поведения детей и родителей [4].

Диагностические критерии абузусной головной боли (АГБ) включают цефалгии (более 15 дней в месяц) с одной из следующих характеристик: двусторонняя локализация, сжимающий характер, легкая или средняя интенсивность; прием анальгетиков не менее 10 дней в месяц в течение, по крайней мере, трех месяцев.

Наряду со злоупотреблением лекарственными препаратами к патогенетическим факторам АГБ относят депрессию.

Цель настоящего исследования: изучить особенности ГБН с абузусным фактором, спектр и выраженность коморбидных расстройств, оценить болевые поведенческие реакции как фактор хронификации ГБН.

Состав обследованных и методы исследования.

Был проведен опрос 56 студентов 2-4 курсов в возрасте от 18 до 25 лет. Основную группу составили 38 студентов, страдающих эпизодической ГБН, которые использовали лекарственные препараты при каждом приступе головной боли. Группа сравнения – 18 человек, не применявших лекарственные препараты для купирования приступов.

Проводили анализ анамнестических данных с оценкой наследственной отягощенности, жилищно-бытовых, социальных факторов, коморбидных расстройств, психологических черт, а также стратегий преодоления боли.

С помощью специализированных опросников и нейропсихологических тестов изучали характеристики головной боли (анкета по ГБ), выраженность вегетативной дисфункции (баллированный опросник А.М. Вейна), астении (опросник И.К. Шаца), уровень реактивной и личностной тревожности (тест Спилбергера), уровень депрессии (тест Бека). Для выявления склонности к префекционизму применяли опросник П. А. Шулера. Наличие алекситимии определяли по торонтской алекситимической шкале G.J.Taylor и соавт. (1985)

Для определения степени влияния боли на качество жизни пациентов использовали комплексный болевой опросник (КБО).

Результаты исследования и обсуждение:

Студенты предъявляли жалобы на почти ежедневные (до 15 дней в месяц) (47,7%) приступообразные (86,8%) двусторонние ГБ в височно-лобной области (84,2%) средней интенсивности (4-5 баллов). ГБ начиналась сразу с боли (77,8%), была давящей (50%), сжимающей (26,3%) с внезапным началом (89,5%) и постепенным исчезновением (65,8%). ГБ сопровождалась фонофобией (34,7%) или фотофобией (28,9%), отсутствием аппетита (26,3%), сонливостью (28,9%).

Провоцирующими факторами служили стрессовые ситуации в учебе и дома – 39,5%, умственное утомление – 47,4%, перенапряжение глаз – 39,5%, перемена погоды – 32,2%, и недостаток сна – 36,8%. Возраст дебюта варьировал от 2 до 20 лет, у большинства студентов совпал с периодом обучения в старших классах школы (16%), началом учебы в ВУЗе (34%).

Болевые семьи выявлены в 42,1% случаев, чаще периодическими ГБ страдали матери. Воспитание в условиях болевой семьи может способствовать формированию болевой личности у ребенка, развитию неадаптивных стратегий преодоления боли, подражанию болевому поведению родителей [3].

Редкие консультации специалиста или полное их отсутствие выявлено в 50% случаев. Самолечением занимались 35 человек (92,1%).

100% опрошенных основной группы отметили регулярный прием анальгетиков. Наиболее часто для купирования ГБ при каждом приступе применялись «анальгин» - (37,4%), «кеторол» (20,4%) и «нурофен» (19,7%).

Средний показатель уровня астении при наличии абюзного фактора составил 7,2 (умеренная степень), преобладала физическая утомляемость, нарушение внимания и раздражительность. В группе сравнения астенические проявления отсутствовали или были легкими (средний балл 5,3).

Средний показатель уровня реактивной и личностной тревожности в основной группе составил соответственно 40,1 и 46,9 баллов (выраженная тревожность). В группе сравнения показатели соответствовали норме.

У студентов с лекарственным злоупотреблением выявлены признаки депрессии (9,9 балл), превышающие показатели в группе сравнения (8,3).

Перфекционизм и алекситимия были свойственны большинству студентов обеих групп, но более выражены при наличии лекарственного злоупотребления.

С помощью КБО нами установлено, что ГБ отрицательно влияла на эмоциональное состояние студентов, а также на их социальную активность.

В группе исследуемых с наличием абюзного фактора отмечаются выраженные отклонения по всем шкалам отношения родственников в связи с головной болью в сторону чрезмерной обеспокоенности, что могло способствовать формированию болевой личности.

Согласно опросу, студенты с наличием абюзного фактора для преодоления ГБ использовали пассивные копинг-стратегии, такие как: избегание социальной (53,2%) и физической активности (26,7%), невербально-моторное выражение боли (16,3%), стремление к социальной поддержке (19,7%) и ограничение (36,9%), а также «катастрофизация» боли (12,5%). В группе сравнения студенты выбирали активные стратегии преодоления боли: активные мероприятия (34,1%), расслабляющие отвлечения (52,6%), стратегии выдержки (13,2%).

Заключение.

На фоне провоцирующих факторов, присутствия в анамнезе болевой семьи, а также неконтролируемого приема анальгетиков и самолечения, у студентов формируется абюзный фактор, который может стать причиной хронификации ГБН.

Проведенное исследование показало значимость психологических особенностей личности (перфекционизма и алекситимии), а также сопутствующих психических расстройств (тревоги и депрессии) в формировании хронической ГБН, особенно при наличии лекарственного злоупотребления.

Чрезмерная обеспокоенность родственников может быть причиной развития пассивного болевого поведения.

Таким образом, не возникает сомнений в необходимости коррекции лекарственного поведения у больных с эпизодическими ГБН и обучения их адаптивным копинг-стратегиям. Это предотвратит формирование хронической формы ГБ и улучшит качество жизни больных. Приоритетной частью психотерапевтической работы должна быть когнитивно-поведенческая терапия с трансформацией неадаптивных, пассивных болевых стереотипов в адекватные позитивные способы преодоления боли.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКАЯ ЭПИЛЕПСИЯ

О.И. Гневчинская, А.Е. Нургалиева
(VI курс, педиатрический факультет)
Научный руководитель – к.м.н., доц. Ж.М. Цоцонава
Кафедра нервных болезней
(зав. – д.м.н., проф. В.В. Белопасов)

ПТЭ - это заболевание, возникающее на основе церебральных очаговых патоморфологических и патофизиологических изменений, непосредственной причиной ее формирования является раннее перенесенная ЧМТ и клинически проявляющееся повторными неспровоцированными эпилептическими приступами.

Для диагноза ПТЭ должно быть два и более неспровоцированных приступов.

ПТЭ развивается в результате образования грубого оболочечно-мозгового рубца, нарушения ликворообращения и кровоснабжения в травмированных участках головного мозга, которые вызывают гибель нервных клеток и приводят к развитию глиоза.

Целью настоящего исследования явилось изучение развития эпилепсии после перенесенных ЧМТ среди детей в ГДКБ №1 за 2011 год.

Нами был проведен анализ 30 амбулаторных карт детей, с диагнозом посттравматическая эпилепсия, из них мальчиков – 43% и девочек – 57%.

Наибольшее количество больных детей наблюдается в возрасте от 14 до 17 лет, из них пик заболеваемости у девочек - в 17 лет, а у мальчиков - в 15 лет.

Формы посттравматической эпилепсии по этиологии:

Симптоматическая – 16%, Криптогенная - 84%

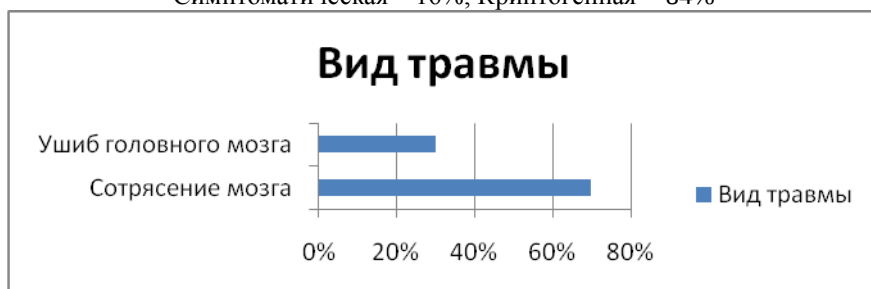


Таблица 1

Частота ПТЭ в течение года

январь	февраль	март	апрель	май	июнь	июль	август	сентябрь	октябрь	ноябрь	декабрь
0	3		2				3	6	4	3	2

Таблица 2

Период времени от момента получения травмы до первого приступа.

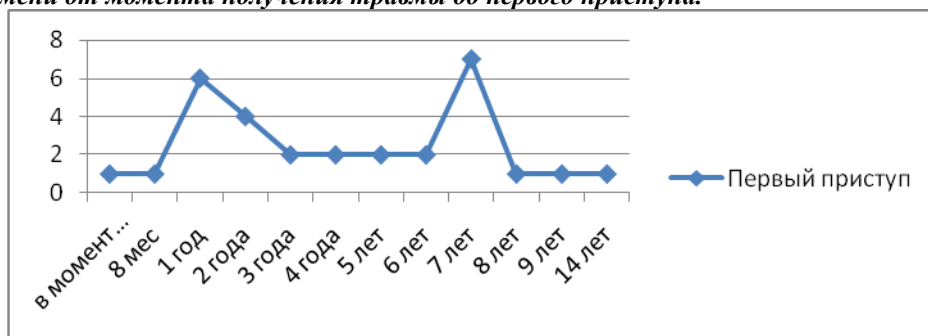


Таблица 3

Характер приступа.

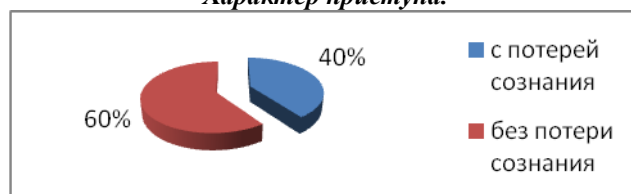


Таблица 4

МРТ

По данным МРТ у 10% больных детей отмечается атрофические изменения паренхимы головного мозга, посттравматическое арахноидальное изменение ликвора кистозного характера.

ЭЭГ

По данным ЭЭГ среди наших больных - в 83 % отмечаются умеренные диффузные изменения базальной артерии мозга, эпилептиформная пароксизмальная активность в виде билатерально-синхронных вспышек, четко структурированных комплексов типа- острая волна, медленная волна; а в 17 % - признаки ирритации ствола на диэнцефальном уровне в виде медленных волн Т- тета диапазона.

Фокусы изменения на ЭЭГ:

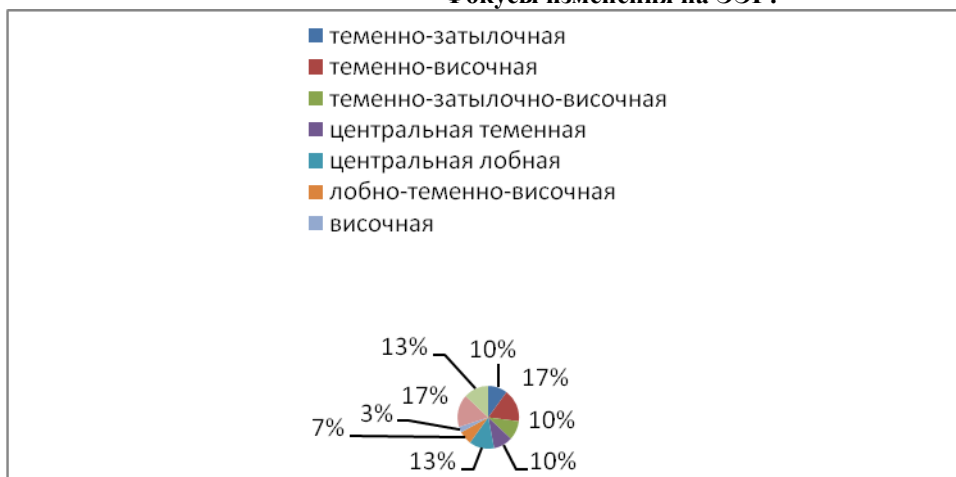


Таблица 5

Препараты, применяемые при ПТЭ.

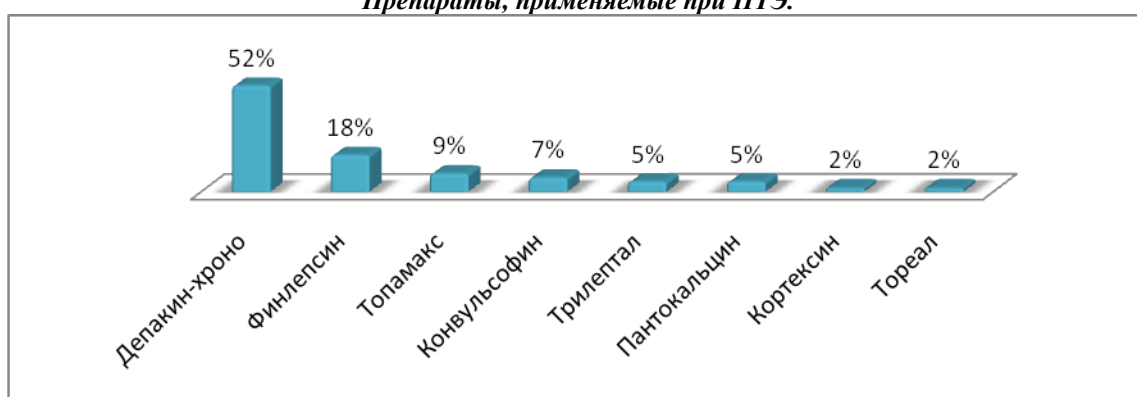


Таблица 6

Заключение.

В итоге выявлено, что эпилептические изменения в нейронах мозга у детей могут начинаться даже при легкой травме (сотрясение головного мозга)[1], в клинике первичных проявлений преобладают приступы без потери сознания[4].

Пик заболеваемости ПТЭ приходится на начало учебного года [2], период времени от момента получения травмы до первого приступа индивидуален и не имеет закономерности[3]. По данным ЭЭГ преобладают изменения в височной области.

Таким образом, посттравматическая эпилепсия является серьезной и важной проблемой, так как осложняет жизнь пострадавших и имеет как медицинские, так и социально-психологические последствия, что проявляется ограничением социальной адаптации больных, сокращением качества жизни, вторично-психическим изменениям личности и дефицитом когнитивных функций. Предупреждение ПТЭ предусматривает предотвращение ЧМТ в целом.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭПИЛЕПСИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Ю.Д. Фокина (IV курс, педиатрический факультет)
 Научный руководитель – к.м.н., доц. Ж.М. Цоцонава

Кафедра нервных болезней
 (зав. – д.м.н., проф. В.В. Белопасов)

Актуальность темы: Эпилепсия – одно из самых распространенных неврологических заболеваний. В мире насчитывается около 50 миллионов людей страдающих этим недугом, среди них 50% – лица женского пола. Существует целый ряд особенностей, имеющих чрезвычайно важное значение для жизни женщин, страдающих эпилепсией, включая влияние эпилепсии на половое развитие, менструальный цикл, беременность,

роды, развивающийся плод и многое другое. К основным медицинским проблемам относятся: определение наличия противопоказаний к беременности при эпилепсии; вероятность возникновения эпилепсии у ребёнка при наличии эпилепсии у матери; влияние беременности на течение эпилепсии; влияние эпилепсии на течение беременности и родов; влияние эпилептических приступов на плод и состояние новорожденного; возможность возникновения пороков развития у детей, родители которых страдают эпилепсией; тактика лечения эпилепсии противосудорожными препаратами во время беременности; тактика наблюдения беременной женщины с эпилепсией; особенности течения родов у женщин с эпилепсией; приём противосудорожных препаратов матерью во время грудного вскармливания. [3,4].

Цель: Изучить клинические особенности течения эпилепсии у женщин в различные сроки беременности.

Задачи исследования:

1. Изучить структуру и течение эпилепсии у женщин в период беременности.
2. Выделить коморбидную патологию во время беременности у женщин, страдающих эпилепсией.
3. Проанализировать исходы беременности.
4. Оценить состояние детей, рождённых от матерей, страдающих эпилепсией.

Оценивались следующие параметры:

Возраст беременных, форма эпилепсии, длительность заболевания, тип и частота приступов до беременности и во время беременности, приём противоэпилептических препаратов, коморбидная патология, метод родоразрешения, неврологический статус новорожденного.

Полученные результаты.

На базе ГБУЗ АО АМОКБ, перинатального центра за период с 2010 по 2012 гг проведен ретроспективный анализ медицинской документации (форма № 096У).

За исследуемый период с диагнозом эпилепсия родоразрешилось 50 пациенток. Возрастное распределение в исследуемой группе было следующим:

До 20 лет (юные первородящие) 6%; 20-25 лет 64%; 25-30 лет 16%; старше 30 лет 14 %.

У 72% исследуемых имела место криптогенная эпилепсия, в 16% - симптоматическая, в 12% - идиопатическая форма. В большинстве случаев (78%) регистрировались генерализованные приступы (тонико-клонические, миоклонические, абсансы), реже (22%) – фокальные (моторные, сенсорные, психомоторные).

Все пациентки принимали противоэпилептические препараты, однако лишь 20% продолжили их прием во время беременности:

- 4 чел. - депакин хроно (1000 мг/в сут.);
- 4 чел. - финлепсин (400 мг/сут.);
- 1 чел. - фенobarбитал (70 мг/сут.).

Необходимо отметить, что беременность не повлияла на учащение приступов, даже у пациенток, которые перестали принимать противоэпилептические препараты.

У многих женщин беременность протекала с рядом следующих осложнений. Из которых, наиболее часто отмечался гестоз, ХФПН, ХВУГП (по 26%); реже кольпит - 10%; анемия – 8%; хронический пиелонефрит – 8%. Кроме того в исследуемой группе имелись нарушения зрения в виде миопии различной степени тяжести - 4%; нарушения сердечного ритма 2%; Отягощенный акушерский анамнез – 4%; симфизит – 2%; бронхиальная астма – 2%; нейроциркуляторная дистония – 2%; олигофрения – 2%; гепатит С – 2%; лuis – 2%. В 42%наблюдений во время беременности отмечались отёки нижних конечностей.

Ранний токсикоз беременных наблюдался в 29%. Угроза прерывания беременности-29%.

Не смотря на соматические осложнения беременности в 60 % случаев роженицы родоразрешались естественным путем. У 40% была проведена операция кесарево сечения, причём эпилепсия не являлась абсолютным показанием к операции. Показаниями к оперативному методу родоразрешения стали: клинически узкий таз 2%; преждевременное излитие околоплодных вод на незрелых родовых путях 4%; несостоятельность рубца на матке 4%; миопия высокой степени с изменениями на глазном дне 10%; длительно текущий сочетанный ОПГ – гестоз, не поддающийся медикаментозному лечению 10%; внутриутробная гипоксия плода, требующая предоставления медицинской помощи матери 2%; синдром задержки развития плода не поддающийся терапии 8%. Оценивая состояние новорожденных детей, родившихся от матерей, страдавших эпилепсией можно констатировать, что в большинстве случаев это были доношенные новорожденные, не имевшие пороков развития с высокой оценкой по шкале Апгар:

- 5/7 баллов 2%;
- 6/7 баллов- 6%;
- 6/8 баллов– 2%;
- 7/7 баллов – 18%;
- 7/8 баллов – 56%;
- 7/9 баллов– 2%;
- 8/8 баллов – 14%

Заключение: проанализированные данные свидетельствуют о том, что 90% женщин страдающих эпилепсией рожают здоровых детей. Планирование беременности приводит к уменьшению риска неблагоприятного исхода беременности для ребёнка и матери. Эпилепсия существенно не увеличивает риск

развития осложнений беременности, а беременность в большинстве случаев не утяжеляет течение эпилепсии. У женщин с эпилепсией во время беременности особое внимание должно уделяться оптимизации фармакотерапии с целью поддержания длительной ремиссии, уменьшению негативного воздействия самих приступов и АЭП на плод [1,2].

ЭХИНОКОККОЗ ГОЛОВНОГО МОЗГА

М.В. Щербанева (IV курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель: к.м.н. Р.С. Аракельян

*Кафедра инфекционных болезней
(зав. каф. – д.м.н. проф. Х.М. Галимзянов)*

Эхинококкоз головного мозга относится к редкому паразитарному заболеванию нервной системы. Первичные поражения головного мозга эхинококкозом встречается относительно редко и составляет от 0,4 до 4-9,9% всех случаев эхинококкоза человека.

Заболевание проявляется в виде гипертензивного синдрома и очаговой симптоматики, что схоже с клинической картиной опухоли мозга. Гипертензионный синдром характеризуется головными болями, головокружением, рвотой, застойными дисками зрительных нервов, эпилептическими припадками.

Очаговые симптомы обусловлены локализацией паразита. Чаще всего наблюдаются корковые эпилептические припадки. Нередко развиваются психические расстройства, такие как бред, депрессия и слабоумие.

Эхинококкоз головного мозга распознается чрезвычайно сложно. Как правило, вначале предполагается диагноз — опухоль мозга. Уточняется диагноз при ЯМРТ, кожных пробах Кацони и РСК Гедина-Вейнберга.

При исследовании крови, обнаруживают эозинофилию. В цереброспинальной жидкости имеется плеоцитоз с присутствием эозинофилов, а также и небольшое увеличение уровня белка, в некоторых случаях - отдельные части пузыря.

Лечение эхинококкоза ЦНС - преимущественно хирургическое. При наличии признаков внутричерепной гипертензии промедление с операцией может быть более опасным, чем риск диссеминации, и в большинстве случаев операция выполняется без предоперационной подготовки, вскоре после постановки диагноза.

Прогноз в случае удаления паразита без разрыва капсулы обычно благоприятный; при диссеминации сколексов по ликворным пространствам, даже при условии антигельминтной терапии, через 1-2 года возможен рецидив заболевания с формированием множественных узлов и летальным исходом.

Клинический пример

Больной: Л.

Год рождения: 10.05.1992 г.

Диагноз: Эхинококкоз. Множественный эхинококкоз головного мозга. Паразитарная киста ЛЖ.

Госпитализирован: 08.06.10 г.

Жалобы: Пациент поступил с жалобами на приступы потери сознания, появившиеся в марте 2010 г., сопровождающиеся потемнением в глазах, головокружением, судорогами.

Анамнез заболевания: Больным считает себя с февраля 2010 г., когда впервые потерял сознание.

Консультирован инфекционистом, проводилось исследование крови на эхинококкоз, результат положительный, получил курс антибактериальной терапии. Направлялся в г. Москва на консультацию, от которой отказался.

ЯМРТ

Заключение: МР - признаки многоочагового мультикистозного поражения полушарий головного мозга, вероятнее всего паразитарного характера.

Лечение: Рекомендовано оперативное лечение.

Больной от операции отказался. Выписан под наблюдение участкового врача.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ТИКОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Е.Х. Сапахова, Х.Н. Разакова

(IV курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель – к.м.н., доц. Ж.М. Цоцонава

*Кафедра нервных болезней
(зав. – д.м.н., проф. В.В. Белопасов)*

Актуальность проблемы: Тики являются одной из актуальных проблем детской неврологии, так как встречаются у 2 - 24% детского населения [1,2]. Тики относятся к гиперкинезам и характеризуются

насиленными движениями, проявляющимся в различных мышечных группах, чаще в лицевой мускулатуре. В большинстве случаев тики начинаются в возрасте от 3 до 12 лет[3,4]. Возникновение тиков носит гетерогенный характер. В этиопатогенезе этого заболевания играют роль генетические и психологические факторы, а также органическое повреждение головного мозга в перинатальном периоде[5]. Нередко тики могут трансформироваться в синдром Жиль де ля Туретта, эффективность лечения которого остается недостаточно эффективной в силу устойчивого характера гиперкинезов и выраженных аффективных и поведенческих расстройств.

Целью работы является изучение особенностей клинического течения тиков и синдрома Жиль де ля Туретта у детей различных возрастов.

Проанализировано 29 историй болезни детей, находившихся на лечении в отделении ЦНС ДГКБ №2 в период с 01.2012 по 12.2012 гг. Из них 8 девочек и 21 мальчиков в возрасте от 7 до 17 лет. Среди госпитализированных пациентов преобладают больные с диагнозом «хронические моторные тики» -37,9 %, «простые моторные тики» встречаются у 6,9%, а «синдром Жиль де ля Туретта» у 10,3% больных.

При изучении историй болезни, было выявлено, что начало возникновения заболеваний наблюдается у детей в период от 3 до 12 лет, но чаще всего в период с 8 лет до 13 лет (преимущественно девочки 62,5%). Клинически тики были представлены: учащенным морганием в 51,7% случаев, навязчивыми движениями плечевого пояса - 44,8%, вокализациями 31%, навязчивыми стереотипными движениями головой - 31%, гримасничаньем 27,6%, произвольными движениями мышц лица - 24,1 %. Редкими проявлениями являются: заведение взора 10,3%, покашливание 10,3%, зажмуривания 10,3%, подмигивания 10,3%, шмыганье носом 6,9%, вытягивание губ 6,9%, притопывание ногами 3,4%, открывание рта 3,4%.

На долю коморбидных расстройств приходится 65,5 %. Среди них головная боль встречается 27,6%, нарушения сна – 24,1%, нервозность 13,8%, быстрая утомляемость – 6,9%, снижение памяти и внимания – 3,4%. Соматические факторы, обостряющие тики составляют 17,2%, тогда как, психогенные – 34,5%. У 40% больных отмечается отягощенный перинатальный анамнез. У 31% больных наблюдаются трудности в обучении, в связи с данной патологией. Поведенческие расстройства наблюдаются у 13,7% больных. Частые конфликты встречаются у 10,3%. При исследовании на ЭЭГ выявлены изменения, свидетельствующие о функциональной незрелости нейронов головного мозга у 20,7% детей. У 6,9% больных регистрировалась эпилептоформная пароксизмальная активность в виде частых билатеральных смешанных вспышек острых волн. У большинства детей на ЭЭГ выявляли признаки ирритации диэнцефальных структур в виде заостренных медленных волн Тета диапазона с различной частотой, амплитудой и продолжительностью – 34,5 %. В качестве лечения больным назначались такие препараты, как тиопридал, кортексин, тералиджен, фенибут, сонапакс, магне В6, нейромультивит, глицин. Также назначалась физиотерапия - электросон, электрофорез с аминокислотами и массаж на шейно-воротниковую зону. Эффективность лечения определяется улучшением состояния у 93% пациентов.

Вывод: Социальная значимость тиков и болезни Жиль де ля Туретта определяется не только гиперкинезами, но и коморбидными когнитивными и поведенческими нарушениями: синдромом дефицита внимания с гиперактивностью, тревожными расстройствами, обсессивно-компульсивными расстройствами. Поэтому правильная диагностика и своевременное лечение снижает частоту возникновения данных расстройств, а в некоторых случаях полностью их устраняет.

К ВОПРОСУ ОБ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ

С.Ф. Ярмедова (V курс, лечебный факультет)
Научный руководитель – к.м.н Гришина Е.И.

*Кафедра наркологии, психотерапии и правоповедения
(зав. – д.м.н., проф. Л.П.Великанова)*

Аддиктология различает широкий спектр зависимостей. Все аддикции принято делить на две основные группы: химические и нехимические. На рубеже 21-столетия теперь уже привычными становятся не только алкогольная, табачная и наркотическая, но и активно связанная с использованием новых технологий интернет-зависимость [1]. Термин “интернет-зависимость” предложил доктор Айвен Голдберг в 1996 году для описания патологической, непреодолимой тяги к использованию сети Интернет [2].

Цель работы: Изучение психологических характеристик лиц с интернет-зависимостью.

Материалы и методы: В поле исследования попали студенты – активные пользователи интернета - 50 учащихся ВУЗа (5-й курс), из которых – 27 девушек (54%) и 23 юношей (46%). Возрастной ценз опрошенных от 20 до 23 лет, что составило в среднем $21,2 \pm 1,6$ года. Использовались экспериментально-психологические методы исследования. Тест К.Янг (модификация Лоскутовой В.А., 2004 г.) устанавливал наличие интернет-зависимости. Для выявления интровертированности и экстравертированности, а также типов темперамента применялся Личностный опросник Г. Айзенка (EPI, 1961г.). Уровень алекситимии регистрировался по результатам, полученным с помощью Торонтской алекситимической шкалы. Определение методов совладания проводилось с помощью Опросника копинг-стратегий Лазаруса (адаптация НИИ им. В.М.Бехтерева, 2004 г.).

Результаты исследования: Анализ опроса, позволяющий определить интернет-зависимость по К.Янг (модификация Лоскутовой В.А., 2004 г.) продемонстрировал следующие результаты: первую группу, идентифицируемую как «учебные пользователи», которые умеют контролировать время пребывания в он-лайн режиме, составили 45 человек (90% случаев); вторую группу, представляющую «лиц, чрезмерно увлечённых интернетом», составили 4 человека (8% случаев); третью группу, определяемую как «интернет-аддикты», составил 1 человек (2% случаев).

Исследование респондентов с помощью Личностного опросника Г. Айзенка (ЕРІ, 1961г.) позволило получить следующие результаты: интровертами оказались 13 человек (26% случаев), экстравертами – 37 человек (74% случаев). По темпераменту обследуемые разделились на холериков – 7 человек (14% случаев), флегматиков – 19 человек (38% случаев), сангвиников – 20 человек (40% случаев), меланхоликов – 4 человека (8% случаев).

Анализ исследований по Торонтской алекситимической шкале демонстрировал наличие алекситимического типа личности (74 балла и выше) и неалекситимического типа личности (менее 62 баллов) в одинаковом соотношении 20 человек (40% случаев); 62 – 74 балла выявлено у 30 человек (60% случаев).

Опросник копинг-стратегий Лазаруса (адаптация НИИ им. В.М.Бехтерева, 2004 г.) позволил выявить виды совладающего поведения, к которым человек прибегает, сталкиваясь с трудностями [4]. Анализ данных показал, что конструктивные копинг-механизмы выбирали в 42% случаев, относительно конструктивные – 24% случаев, неконструктивные – 34% случаев (см. таб. 1).

Таблица 1

Распределение копинг-стратегий в среде интернет-пользователей

Конструктивные копинг-механизмы		
Планирование решений	10	20%
Самоконтроль	5	10%
Поиск социальной поддержки	6	12%
Относительно конструктивные копинг-механизмы		
Принятие ответственности	9	18%
Положительная переоценка	3	6%
Неконструктивные копинг-механизмы		
Конфронтативный копинг	7	14%
Дистанцирование	5	10%
Избегание	5	10%

Закключение: Таким образом, в ходе проведённого исследования было установлено, что выявленный «интернет-аддикт» являлся интровертом, обладающим меланхоличным типом темперамента, алекситимическим типом личности с характерным неконструктивным копинг-механизмом «избегание».

«Лица, чрезмерно увлечённые интернетом», являлись в 30% случаев флегматиками, в 6% случаев меланхоликами, набравшими от 62 до 74 баллов по «Торонтской алекситимической шкале». Для них в большей степени присущи «конфронтативный копинг» и «дистанцирование», которые являются неконструктивными, и в меньшей степени конструктивный – «поиск социальной поддержки».

Среди «учебных пользователей» 40% составили сангвиники, 14 % - холерики, 8% - флегматики. Все они оказались неалекситимичными личностями. Данный контингент демонстрировал использование копингов: «планирование решений», «самоконтроль», что относится к конструктивным, и относительно конструктивным - «принятие ответственности» и «положительная переоценка».

Полученные результаты выявляют наличие определённых психологических особенностей у интернет-пользователей.

ОЦЕНКА НЕВРОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

М.Л. Ясуев, Б.Б. Джанаралиев (IV курс, лечебный факультет)
Научный руководитель – к.м.н., асс. Р.И. Мухамедзянова

*Кафедра нервных болезней
(зав. – д.м.н., проф. В.В. Белопасов)*

По данным ВОЗ в мире наблюдается тенденция к росту заболеваний ЖКТ, наибольший рост характерен для ЯБЖ и ЯБДПК.В. Астрахани прослеживается та же тенденция. В последнее время уделяют недостаточно внимания нервно-психическим факторам возникновения и развития обострений язвенной болезни.

Целью работы явилось выявление и сравнение невротических состояний у больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки с помощью экспериментально-психологического тестирования.

Методы: для исследования психологических особенностей и субъективного восприятия пациентом вегетативной дисфункции использовался клинический опросник К.К. Яхина, Д.М. Менделевича. Опросник состоит из 68 вопросов и включает 6 шкал: тревоги, невротической депрессии, астении, истерического типа реагирования, обсессивно-фобических нарушений (навязчивости), вегетативных нарушений. Обследовано 40 пациентов мужского пола - 17 с ЯБЖ и 33 с ЯБДПК. Возраст варьировал от 24 до 64 лет (средний возраст 44 года). Впервые выявленная язвенная болезнь наблюдалась у 15 больных, у 25 больных имелся длительный язвенный анамнез. Данные получили путем суммирования диагностических коэффициентов по шести шкалам (показатель $>+1,28$ указывает на уровень здоровья, $< +1,28$ означает болезненный характер выявляемых расстройств)

Выводы: 1. Вегетативный дисбаланс и нарушения психики являются факторами развития язвенной болезни. 2. Исследование эмоционально-психологического статуса с помощью данной методики позволяет выявить основные невротические синдромы у данной категории больных. 3. Выявление невротических состояний дает возможность адекватно оценить симптомы язвенной болезни и провести коррекцию лечения с учетом нарушений ВНС.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ ПРИЕМЕ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В КАЧЕСТВЕ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

М.Л. Ясуев, Е.Л. Мартынова (IV курс, лечебный факультет)
Научный руководитель – к.м.н., асс. Р.И. Мухамедзянова

*Кафедра нервных болезней
(зав. – д.м.н., проф. В.В. Белопасов)*

По данным Наркологического центра г. Астрахани на протяжении 5 лет в нашем регионе наблюдается увеличение потребления лекарственных препаратов в качестве наркотических средств. Основное место занимают препараты из групп миорелаксантов, транквилизаторов, и кодеин содержащих анальгетиков. Это определяет актуальность проводимого нами исследования.

Цель: изучить побочное действие данных групп лекарственных препаратов на нервную систему.

Материалы и методы: Изучались истории болезни, амбулаторные карты и снимки МРТ. Проведено исследование 4 случаев дезоморфиновой наркомании, выявлено поражение различных отделов ЦНС по данным нейровизуализации (МРТ).

Результаты и обсуждение. Страдают лица молодого возраста, чаще не старше 30 лет. Преобладание по половому признаку не наблюдается. В клинике преобладает поражение центральной нервной системы. На МРТ снимках отчетливо видно поражение подкорковых структур головного мозга. Данные изменения являются следствием нарушения медиаторной функции/

Выводы: Употребление определенных групп лекарственных препаратов в качестве наркотических средств, имеют тенденцию к росту, что является основанием к дальнейшему изучению проблемы.

ЛЕКАРСТВО И ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНЕМИИ ПРИ МИЕЛОДИСПЛАСТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

А.В. Маталина (VI курс, лечебный факультет)
Научный руководитель – к.м.н. Е.Г. Овсянникова

*Кафедра факультетской терапии и профессиональных болезней с курсом последипломного образования
(зав. – д.м.н., проф. Б.Н. Левитан)*

Введение. Миеلودиспластический синдром (МДС) - это группа заболеваний костного мозга, носящая клональный характер и возникающая в результате мутации стволовой клетки крови. При этом потомки мутировавшей стволовой клетки сохраняют способность к дифференцировке до зрелых клеток. Однако процесс дифференцировки носит неэффективный характер, в результате чего зрелые клетки крови изменены морфологически, уменьшены в количестве и функционально несостоятельны [1]. Патологический процесс при МДС характеризуется одно-, двух- или трехростковой цитопенией. Исходом заболевания чаще всего является пролиферация бластных клеток с развитием острого лейкоза [2]. Клиническая картина при различных формах МДС схожа и во многом определяется показателями периферической крови. Снижение уровня гемоглобина порой является одним из первых симптомов, позволяющих предположить заболевание гематологического профиля. Изменения периферической крови прямо зависят от степени нарушения созревания гемопоэтических клеток. Анемия постоянный и обязательный признак МДС. Степень выраженности анемии зависит от стадии заболевания, возраста пациента и проводимой терапии. Исследование частоты анемии у пациентов с МДС было

проведено в Европе в 2001 году. Данные, полученные в результате полугодового наблюдения 15000 пациентов с различными формами МДС, свидетельствуют о высокой частоте проявления анемического синдрома [3]. Уровень снижения гемоглобина может варьировать от умеренного до значительного. Тканевая гипоксия, возникающая у больных с анемией, может снижать эффективность многих цитостатиков, противоопухолевых антибиотиков, алкилирующих препаратов [4]. Анемия существенно повышает риск смерти у гематологических больных, увеличивает общие расходы на их лечение в 1,6 раза, количество дней проведенных в стационаре более, чем в 2 раза, число лекарственных назначений - на 34% [5]. Наиболее распространенным методом коррекции анемии до последнего времени являлись трансфузии донорской эритроцитарной массы. Этот метод позволяет достаточно быстро восстановить нормальные показатели гемоглобина. К отрицательным сторонам метода относят риск трансфузиологических реакций, возможность передачи инфекций, а также развитие гемосидероза внутренних органов [6]. Альтернативным методом коррекции анемии является применение рекомбинантного эритропоэтина. Взаимодействие данного цитокина со специфическими рецепторами стимулирует в костном мозге выживание, пролиферацию и дифференцировку гемопоэтических клеток эритроидного ростка кроветворения. В конечном итоге эритропоэтин вызывает стабильное и длительное увеличение продукции эритроцитов костным мозгом [7]. Эпоэтин-альфа представляет собой очищенный гликопротеин. Он продуцируется клетками млекопитающих со встроенным геном, кодирующим синтез эритропоэтина человека. По биологическим свойствам эпоэтин альфа, получаемый генно-инженерным методом, не отличается от человеческого эритропоэтина.

Цель. Изучить эффективность терапии эпоэтином альфа у больных миелодиспластическим синдромом.

Результаты. Был проведен ретроспективный анализ лечения анемического синдрома у 12 больных МДС. Терапия проводилась с помощью эпоэтина альфа в дозе 10 000 МЕ 3 раза в неделю подкожно. Качество жизни оценивалось с помощью стандартного опросника для онкобольных (SF-36-опросник, который отражает общее благополучие и степень удовлетворенности теми сторонами жизнедеятельности человека, на которые влияют состояние здоровья).

Таблица 1.

Результаты лечения анемического синдрома у больных МДС с помощью эпоэтина альфа

Возраст	Пол	Исходный Hb (г/л) до лечения	Длительность терапии (недели)	Hb в конце терапии (г/л)	На сколько повысился Hb (г/л) в процессе лечения	Число гемотрансфузий за период лечения	Изменение качества жизни в процессе лечения
7	ж	91	2	115	14	-	улучшение
4	ж	82	2	112	30	-	улучшение
4	ж	64	2	100	36	1	улучшение
5	ж	92	2	112	29	-	улучшение
3	ж	84	3	116	32	-	улучшение
9	ж	90	4	112	30	-	улучшение
0	ж	84	2	114	30	1	улучшение
1	ж	82	2	112	30	-	улучшение
9	ж	91	2	112	30	-	улучшение
0	ж	89	3	112	34	-	улучшение
1	ж	86	1	101	15	-	улучшение
2	ж	96	2	119	23	-	улучшение

Как следует из таблицы 1, МДС - патология старшей возрастной группы. Около 70% наблюдаемых нами больных МДС были в возрасте старше 50 лет, преимущественно женского пола (65%). У 59% больных МДС к моменту начала лечения наблюдалась анемия средней степени тяжести (уровень гемоглобина (Hb) в пределах 70-90 г/л), у 41% - анемия легкой степени тяжести (уровень Hb выше 90г/л). У 83% больных на

момент окончания наблюдения уровень Hb превышал 110 г/л. В среднем в процессе лечения Hb повысился на 28г/л, при этом снизилось число гемотрансфузий за период лечения (переливание эритроцитарной массы проводилось только 2 больным из 12). Все 100% больных отметили улучшение качества жизни в процессе лечения.

Таблица 2 демонстрирует, что у 59% больных до начала лечения уровень Hb был менее 90 г/л, у 41% - уровень Hb выше 90г/л. К концу терапии у 33% больных уровень Hb достиг 120 г/л. Повышение Hb, то есть положительный эффект от проводимой терапии эритропоезином, наблюдался у 100% исследуемых больных. Потребность в гемотрансфузиях и непосредственное их проведение понадобилось 16% больных. 100% больных отметили улучшение качества жизни в процессе лечения эпоэтином альфа. Побочных эффектов не наблюдалось ни у одного больного.

Таблица 2.

Основные характеристики и выводы

	Число пациентов	%
Анемия до лечения		
Гемоглобин более 90 г/л	5	41
Гемоглобин менее 90 г/л	7	59
Число больных, у которых уровень Hb достиг 120 г/л за указанный период	4	33
Число больных, у которых отмечался положительный эффект (повышение Hb)	12	100
Потребность в гемотрансфузиях	2	16
Число больных, которым проводились гемотрансфузии во время лечения эритропоезином	2	16
Число больных, у которых отмечалось повышение качества жизни	12	100

Выводы: Лечение анемического синдрома при МДС с использованием эпоэтина альфа привело к приросту гемоглобина у всех больных в исследуемой группе. Резко снизилась потребность в гемотрансфузиях. Повысилось качество жизни больных при отсутствии побочных эффектов от проводимой терапии.

СОВРЕМЕННЫЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ДАБИГАТРАНА И РИВАРОКСАБАНА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Д.В. Рубан, Я.С. Кузин (VI курс, лечебный факультет)
Научный руководитель – асс. О.П. Островерхов

*Кафедра клинической фармакологии с курсом клинической аллергологии и фитотерапии
(зав. – д.м.н., проф. А.Р. Умерова)*

В последние годы во всем мире регистрируется катастрофический рост количества летальных исходов, связанных с сосудистыми осложнениями в послеоперационном периоде. Новое поколение прямых ингибиторов тромбина и антагонистов Ха фактора более эффективно способно решить эту задачу по сравнению с традиционными непрямыми антикоагулянтами.

Как известно, операционная травма влияет на свертывающую, антикоагулянтную и фибринолитическую системы крови, вызывая общую постагрессивную реакцию, в том числе нарушение равновесия в образовании и растворении фибрина. Связанные с операцией кровотечения и кровопотеря нарушают реологию крови, стимулируют внутрисосудистое свертывание. Для снижения риска тромбообразования, в этих случаях требуется назначение прямых и не прямых антикоагулянтов, наблюдение за больным, назначение ему дополнительных методов обследования. Применение антагонистов витамина К создает определенные неудобства для больного в послеоперационном периоде – ограничение в диете, приеме других лекарственных средств, постоянным контролем МНО и др.

В течение трех месяцев под нашим наблюдением находилось 11 пациентов, принимающих пероральные антикоагулянты и антиагреганты по жизненным показаниям, которым потребовалось хирургическое вмешательство. В ходе исследования, наблюдаемым пациентам, принимающих варфарин либо клопидогрель, которым потребовалась госпитализация по поводу предстоящего оперативного лечения, были отменены пероральные антикоагулянты за 3 дня, а антиагреганты за 7 дней, с неоднократным назначением гепарина в дозировке 50 тыс. ЕД до операции с соблюдением минимальных гемостатических условий: 50 тыс. тромбоцитов/мкл; МНО в пределах 1-1,5; АЧТВ от 45 сек. Данные рекомендации по безопасности пациентов обоснованы Американским Обществом Регионарной Анестезии (American Society of Regional Anaesthesia). Затем было использовано инновационное направление в послеоперационном периоде:

перевод 11 наблюдаемых пациентов, которым потребовалось хирургическое лечение, на новое поколение лекарственных средств, являющихся прямыми ингибиторами тромбина. Одним из представителей является препарат дабигатран (прадакса). Он был использован 11 пациентами как альтернатива варфарину [1]. Дабигатран эффективнее, чем варфарин в профилактике риска развития инфаркта головного мозга и явлений системной тромбоэмболии у пациентов с фибрилляцией предсердий неклапанной этиологии [2, 3]. Риск развития кровотечения при впервые назначенной терапии дабигатраном не превышает риска развития кровотечения, связанного с первичной терапией варфарином. Это соответствует наблюдениям, полученным в ходе клинических испытаний, проведенных при регистрации дабигатрана (исследование RE-LY)

Мы подтвердили, что в ходе нашего исследования, у 9 наблюдаемых пациентов, принимавших дабигатран, у которых клиренс креатинина составил более 30 мл/мин в дозе 150 мг два раза в сутки, а также у 2 пациентов, клиренс креатинина которых составил 15-30 мл/мин в дозе 75 мг два раза в сутки, не было выявлено каких-либо осложнений в послеоперационном периоде, с сохранением его эффективности без назначения гепарина. Необходимо отметить, что в ходе нашей научной работы для пациентов, у которых клиренс креатинина составил менее 15 мл/мин, а также для пациентов, которым проводится диализ, не были найдены и установлены рекомендованные дозы дабигатрана, что может служить предметом для дальнейших научных исследований.

Другим не менее эффективным препаратом является ингибитор фактора Ха – ривароксабан. Фармакодинамически угнетает превращение протромбина в тромбин, предупреждая формирование тромбов. Поскольку одна молекула фактора Ха вызывает образование около 1000 молекул тромбина ингибирование его обеспечивает более мощный способ контроля образования фибрина, чем инактивация тромбина. Преимуществом ривароксабана является назначение его в дозировке 10 мг\сутки независимо от возраста, пола и массы тела пациента [4].

По сравнению с варфарином, у которого оптимальное антикоагулянтное действие наблюдается на 3-5 день от начала приема и прекращается через 3-5 дней после приема последней дозы, другим достоинством дабигатрана и ривароксабана является отсутствие накопления при приеме повторных доз препарата, без влияния на ЖКТ [5]. Необходимо также учитывать, что при применении варфарина требует исключения из рациона питания клюквы, печени и ряда зеленых овощей. Известны случаи, когда пациенты, принимающие варфарин, умирали после употребления клюквенного сока, так как он потенцировал действие препарата.

Таким образом, новое поколение вышеизложенных препаратов по сравнению с варфарином имеет более низкий риск кровотечения в послеоперационном периоде, более высокий уровень безопасности, не требующий ежемесячного контроля МНО, без эффекта накопления и отмены, а также не влияют на рацион питания.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДОСТИНЕКСА У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ПРОЛАКТИНЕМИЕЙ

С.Р. Мамедбегова (V курс, лечебный факультет)
Научный руководитель – к.м.н, доц. Е.А. Орлова,
доц. Е.Н. Сучкова

*Кафедра клинической фармакологии с курсом клинической аллергологии и фитотерапии
(зав. – д.м.н., проф. А.Р. Умерова)*

Достинекс-препарат для лечения заболеваний, обусловленных или сочетающихся с гиперпролактинемией
Цель: изучить эффективность использования достинекса в лечении пролактиномы.

Задачи:

1. Изучить структуру заболевания.
2. Изучить клинико-лабораторные особенности у больных, получающих достинекс в динамике.
3. Определить эффективность приема препарата достинекс.

Ретроспективно нами изучено истории болезни 46 пациентов с пролактиномами и получающих достинекс в условиях ГБУЗ АМОКБ.

Мужчин было-14, а женщин -32.

Средний возраст пациентов варьировал от 40 до 50 лет.

Длительность заболевания составляла не более 10 лет.

Пациенты, страдающие гиперпролактиномами, отмечали следующие симптомы: головные боли, мышечную и общую слабость, нарушение менструального цикла (у женщин), снижение либидо/эрекции (у мужчин), артериальную гипо- и гипертензию, симптомы сахарного диабета, равномерное ожирение.

У большей части пациентов (21 чел) преобладало снижение остроты зрения и атрофия дисков зрительных нервов.

Уровень пролактина варьировал в среднем у женщин от 22,9 до 4500 ММЕ/Л, у мужчин от 10,0 до 6994,4 ММЕ/Л.

Средние размеры опухоли до 15 мм у женщин и до 26 мм у мужчин.

Достинекс назначали в индивидуальной дозе, связанной со стадией и степенью тяжести заболевания (0,25-5 мг в нед.)

Выводы:

1. Все больные продолжают лечение достинексом до 2-3 месяцев.
2. После длительного лечения самочувствие больных улучшилось, уменьшились головные боли, снизился пролактин у большинства больных до 850 ММЕ/Л у женщин и до 690 ММЕ/Л у мужчин.
3. У больных со снижением остроты зрения и атрофии дисков зрительных нервов состояние также улучшилось.
4. В большем проценте случаев больные с пролактиномами подвергаются консервативному лечению длительное время в различных дозах в зависимости от уровня пролактина.
5. Операция необходима лишь при росте опухоли гипофиза, увеличении размеров турецкого седла и потери зрения, связанной с прогрессированием суправентрикулярного роста опухоли и атрофии зрения.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕХНОЛОГИИ ПОЛУЧЕНИЯ ФИТОКОМПОНЕНТОВ ORTHILIA SECUNDA («БОРОВАЯ МАТКА») И ФОРМ НА ЕЁ ОСНОВЕ

В.В. Вишневская (IV курс, фармацевтический факультет)
Научный руководитель – асс. А.А. Цибизова, д.м.н., доц. М.А. Самотруева

Кафедра ботаники, фармакогнозии и фармацевтической технологии (зав. – д.б.н. Б.В. Фельдман)

В настоящее время повсеместно, окружающая человека, экологическая обстановка не имеет тенденции к стабилизации. Наиболее чувствительна к неблагоприятным средовым воздействиям репродуктивная система. При длительном экопатологическом воздействии наблюдается развитие в организме каскада опосредованных реакций, которые приводят к истощению резервных механизмов с вовлечением в патологический процесс всех звеньев нейроэндокринной системы, а также сердечно-сосудистой, мочевыделительной и иммунной систем, гемостаза и обмена веществ.[1]. Все это ведет к нарушению специфических функций женского организма и при определении тактики лечения дает основания для более широкого использования немедикаментозных методов, направленных на повышение собственных защитных сил организма.[3]

В настоящее время число пациенток с гинекологическими заболеваниями увеличилось, и, как следствие, возрос интерес к препаратам, применяемым для лечения патологии репродуктивной системы. На фармацевтическом рынке большую распространенность получили средства синтетического происхождения, основной характеристикой которых является наличие определенной точки приложения, избирательность и жесткость действия, широкий круг побочных эффектов и противопоказаний, в большинстве случаев высокая токсичность, что ограничивает их применение, особенно у людей с выраженной соматической патологией.[4] Перечисленные факторы, объясняют целесообразность и актуальность применения фитотерапии как действенного метода поддержания и восстановления уровня здоровья человека. Сумма активных веществ в фитопрепаратах находится в оптимальных соотношениях и способствует потенцированию лечебного эффекта, что позволяет применять их целенаправленно для профилактики и лечения в комплексной терапии различных заболеваний. Они оказывают мягкое, комплексное, нормализующее действие на организм человека, воздействуя зачастую на разнообразные причинные факторы, как правило, не вызывая побочных явлений.[2]

В качестве объекта исследования нами была выбрана *Orthilia secunda* (L.) House (сем. Pyrolaceae - грушанковые), которая издавна использовалась в народной медицине в качестве противовоспалительного, ранозаживляющего, гемостатического, диуретического средства и широко применялась при лечении гинекологических заболеваний.

На сегодняшний день на фармацевтическом рынке представлен большой выбор средств, созданных на основе *Orthilia secunda*, однако, учитывая направленность фармакологического действия, считаем, что, несомненно, актуальными будут разработки ректальных и вагинальных суппозиториях. При этом, следует отметить, что номенклатура суппозиториях с натуральными ингредиентами, оказывающими многогранное влияние на женский организм в целом, ограничена, в связи с чем считаем, что разработанный препарат в виде суппозиторияльной формы будет пользоваться широким спросом.

В связи с вышесказанным целью данной работы явилась разработка рецептуры ректальных и вагинальных суппозиторий на основе комплекса биологически-активных веществ *Orthilia secunda* (известной в народной медицине как «Боровая матка») с последующей оценкой выраженности противовоспалительной, антисептической, антиоксидантной и гормональной активности фитопрепарата.

Для достижения цели мы поставили перед собой ряд задач:

1. Разработка оптимального способа получения экстрактивных веществ *Orthilia secunda*
2. Разработка технологической схемы изготовления мягкой дозированной лекарственной формы с подбором оптимальных формообразующих компонентов.
3. Получение опытных образцов ректальных и вагинальных суппозиторий на основе экстрактивных веществ *Orthilia secunda*.
4. Оценка на лабораторных животных (самках) степени выраженности противовоспалительных, антиоксидантных, антисептических и гормональных свойств разработанных лекарственных форм.
5. Проведение исследований, направленных на определение возможности применения данного препарата с целью комплексного воздействия при патологических состояниях мужского организма (эндокринной, пищеварительной, мочевыделительной и репродуктивной системы мужского организма).

В результате реализации проекта препарат растительного происхождения «БОРОВАЯ МАТКА» будет представлять собой мягкую дозированную лекарственную форму (ректальные и вагинальные суппозитории), содержащую комплекс биологически-активных веществ, полученных из *Orthilia secunda*, а также вспомогательные формообразующие компоненты. Препарат будет широко востребован лицами с патологией репродуктивной системы. Основными критериями, свидетельствующими о высокой конкурентноспособности предлагаемого препарата на основе активных веществ, выделенных из лекарственного растения *Orthilia secunda*, являются: удобство практического применения, «мягкость» фармакологического действия; возможность частого и длительного применения; выраженная доказанная эффективность и хорошая переносимость; активные вещества, входящие в препарат, представляют собой комплексы биологически активных веществ, позволяющие добиться расширения фармакотерапевтического действия; безопасность, позволяющая использовать данный препарат в комплексной терапии большинства гинекологических заболеваний, а также назначать его определенным категориям пациентов, которым противопоказан прием синтетических препаратов.

РАЗРАБОТКА НОВОГО ГАСТРОЭНТЕРОПРОТЕКТОРА

Н.С. Хасенова (IV курс, фармацевтический факультет)
Научный руководитель – асс. А.А. Цибизова, д.м.н., доц. М.А. Самотруева

Кафедра ботаники, фармакогнозии и фармацевтической технологии (зав. – д.б.н. Б.В. Фельдман)

В настоящее время отмечается неуклонный рост гастроэнтерологической патологии, обусловленный неблагоприятной экологической, социальной обстановкой, нерациональными режимами питания, воздействием различных стрессовых факторов. Самыми распространенными являются язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (8-10%), заболевания гепатобилиарной системы (17-22%), хронический панкреатит (8-35%). Кроме того, в последнее время отмечается увеличение числа больных с тяжелой формой течения желудочно-кишечных заболеваний и развитием осложнений, что ведет к снижению качества жизни населения, нередко сопровождающегося снижением или потерей трудоспособности. [4]. В связи с вышесказанным проблема восстановления функциональной активности органов пищеварения (желудка, печени, поджелудочной железы), профилактика сезонных обострений эрозивно-язвенных процессов, является весьма актуальной и требует поиска удобных в практическом применении препаратов, обладающих доказанной эффективностью и безопасностью. [1, 5]. При этом остро стоит проблема дополнительного использования в качестве сырья для создания фармацевтических препаратов лекарственных растений. В связи с новыми требованиями к фитопрепаратам инновационная направленность исследований заключается не только в поиске новых источников высокоэффективных фитосоединений, но и в оптимизации фарм.технологических разработок препаратов на основе известных представителей официальной и народной медицины. [2,3].

Целью настоящей работы явилось создание растительного препарата «КАЛИЗИЯ», обладающего выраженной гастроэнтеропротективной активностью.

Для достижения цели мы поставили перед собой ряд задач:

1. Разработать способы получения экстрактивных веществ *Callisia fragrans* с осуществлением подбора оптимальных экстрагентов, позволяющих получить наибольший выход биологически-активных веществ.
2. Разработать рецептуру лекарственных форм на основе экстрактивных веществ *Callisia fragrans*.
3. Изучение в эксперименте степени выраженности гастро- и энтеропротекторных свойств нового фитопрепарата «КАЛИЗИЯ».
4. Определение оптимальных схем применения нового фитопрепарата «КАЛИЗИЯ».

Предлагаемый нами препарат «КАЛИЗИЯ» содержит комплекс биологически-активных веществ, благотворно влияющих на состояние многих систем организма: нами было доказано противовоспалительное, гастроэнтеропротекторное действие. Несмотря на наличие аналогов («Настойка календулы», обладающая желчегонным, антисептическим, противовоспалительным действием; «Настойка прополиса», оказывающая противомикробное, стимулирующее регенерацию, противовоспалительное действие; «Настойка полыни», оказывающая выраженный противовоспалительный и противоязвенный эффект; «Эликсир «Виватон»; «Таблетки «Викаир»)), проводимая нами разработка нового препарата не уменьшает их достоинства, а направлена на расширение арсенала препаратов широкого фармакологического профиля с выраженными противовоспалительными и регенерирующими свойствами, что особенно актуально в случае поиска средств альтернативного медикаментозного воздействия при различных заболеваниях пищеварительного тракта.

В результате реализации идеи данной работы разработанный препарат растительного происхождения «КАЛИЗИЯ» будет представлен в виде нескольких лекарственных форм, содержащих комплекс биологически-активных веществ, полученных из лекарственного растения *Callisia fragrans*. Фитопрепарат будет востребован лицами с заболеваниями пищеварительной системы. Основными критериями, свидетельствующими о высокой конкурентноспособности предлагаемого препарата, являются: широкий спектр лечебного и профилактического действия, низкая токсичность, «мягкость» действия, способность быстро устранять симптомы обострения, предупреждать рецидивы и способствовать восстановлению нарушенных функций желудочно-кишечного тракта.

КЛИНИКО-ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ФЕРМЕНТОВ У ДЕТЕЙ С РЕАКТИВНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

В.В. Целишенко (III курс, педиатрический факультет)
Научный руководитель – к.м.н. Вязовая И.В., зав.отд. Н.Д. Савенкова

Кафедра педиатрии лечебного факультета (зав. – д.м.н., проф. В.И. Григанов)

Пищеварение является единым, целостным процессом благодаря тесным взаимосвязям между деятельностью различных отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Нарушение функций одного из отделов ЖКТ, как правило, приводит к расстройству функции других органов. В разных отделах пищеварительного тракта протекают различные процессы усвоения [1, 2].

Важным органом пищеварения в организме является поджелудочная железа (ПЖ), выполняющая экзокринную функцию. При поступлении пищи в ЖКТ, ПЖ секретирует в тонкую кишку не только панкреатические ферменты, но и бикарбонаты, нейтрализующие соляную кислоту и поддерживающие щелочную среду в двенадцатиперстной кишке, необходимую для нормального функционирования панкреатических ферментов. В физиологических условиях ПЖ образует в сутки от 50 до 2500 мл секрета - в зависимости от возраста человека и характера поступающей пищи. Панкреатический сок представляет собой бесцветную жидкость щелочной реакции (рН 7,8–8,4) [2, 3].

За последние годы в комплексном лечении детей стали широко использоваться препараты ферментов поджелудочной железы. Многие заболевания ЖКТ, которые в первую очередь протекают с нарушениями полостного пищеварения, требуют назначения ферментов. Изменения функционального состояния поджелудочной железы также встречаются в педиатрической практике достаточно часто. Уменьшение поступления ферментов для процесса полостного всасывания отмечено как при дуоденальных расстройствах, так и при изменениях деятельности ацинарной клетки, сдвигов соотношения ингибиторов ферментов и самих ферментов (в частности, ингибитор трипсина/трипсин) [3].

Впервые ферментные препараты в гастроэнтерологической практике стали использоваться около 100 лет назад. Пищеварительные ферменты в настоящее время широко применяются при различной гастроэнтерологической патологии. Несмотря на многообразие проявлений ферментативных нарушений пищеварения, основным направлением терапии таких больных является заместительная ферментная терапия. В настоящее время в клинической практике используется большое число ферментных препаратов, характеризующихся различной комбинацией компонентов, энзимной активностью, способом производства и формой выпуска. При выборе ферментного препарата в каждом конкретном случае, врач, прежде всего, должен обращать внимание на его состав и активность его компонентов [3,4].

Цель исследования: провести клинический анализ применяемых ферментов среди детей и подростков, с оценкой эффективности и безопасности лечения реактивных изменений в поджелудочной железе.

Материалы и методы: нами ретроспективно было проанализировано 48 историй болезни детей, получавших лечение в отделении педиатрии ГБУЗ «ДГКБ № 2» за 2012 год с изменениями в поджелудочной железе реактивного характера.

Клинико-диагностический комплекс исследования детей с патологией поджелудочной железы включал тщательный сбор анамнеза, оценку симптомов заболевания, педиатрический осмотр. У 87% отмечали синдром интоксикации в виде головной боли, миалгии, слабости, вялости и снижении аппетита, 56% отмечали боли в животе, снижение аппетита, метеоризм, неустойчивый стул, тошноту, рецидивирующую рвоту, снижение физической активности.

Всем пациентам в условиях клинической лаборатории было проведено параклиническое обследование: общий анализ крови, общий анализ мочи, копрограмма, анализ кала на гельминты, биохимические исследования крови с определением уровня амилазы (при поступлении и выписке). Из инструментальных методов детям была проведена ультразвуковое исследование (УЗИ) поджелудочной железы, у 27 детей дважды.

В общем анализе крови у 18,5% отмечался лейкоцитоз в пределах $10,1-16 \cdot 10^9/\text{л}$, уровень амилазы крови был повышен у 74% изучаемых нами детей, в копрограмме имелись выраженные проявления нарушенного пищеварения у 96,3% в виде: стеатореи – 87,4% (нейтральный жир, жирные кислоты, мыла); креатореи (69,6%), амилореи (4,2%).

После получения результатов обследования проводилась коррекция фармакотерапии с включением в лечение различных ферментных препаратов в зависимости от возраста.

Результаты: дети раннего возраста составили 24% из всей выборки, дети дошкольного возраста 34%, школьного – 42%. При этом мальчиков и девочек было почти равное количество.

Основную часть назначений составили такие ферментные препараты как панкреатин – 46,3%, за ним следовал мезим форте – 26,2%, однако у части детей в возрасте до 3 лет (11,7%) предпочтение отдавалось микросфериновым лекарственным средствам (креон).

Следует подчеркнуть, что частота назначений ферментных препаратов, в состав которых на фоне входила желчь, была гораздо реже, так как у части детей имелась патология двенадцатиперстной кишки, что является противопоказанием к использованию компонентов желчи.

Средняя продолжительность применения ферментных ЛС была 11,3 дня. Побочные эффекты на фоне терапии данной группой ЛС не зафиксированы.

Положительный терапевтический эффект от применения ферментных препаратов подтверждался клинически – на 5-6 сутки купировались проявления диспепсии, лабораторно – в повторной копрограмме снижались или полностью исчезали проявления нарушенного пищеварения. УЗИ поджелудочной железы имело положительную динамику.

Выводы. В настоящее время применение ферментных препаратов в виде таблетированных форм, микросфер оправдано и обосновано не только экономическими соображениями, но и доказанностью их клинической эффективности при лечении детей с реактивными изменениями в поджелудочной железе.

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ЖИТЕЛЕЙ АСТРАХАНИ О БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

А.В. Вязовой (III курс, педиатрический факультет)
Научный руководитель – д.м.н. проф. Д.Ш. Дубина, к.м.н. К.А. Татжикова

Кафедра фармакологии
(зав. – д.м.н. проф. Д.Ш. Дубина)

Может ли современный мир обойтись без лекарственных средств (ЛС)? Ответ на этот вопрос однозначен – нет, потому что они используются не только для лечения, но и с целью профилактики, диагностики или модификации физиологических функций организма. ЛС очень прочно интегрированы в социум [1, 2].

Практически ежедневно в СМИ появляются леденящие кровь статьи или видеосюжеты о смерти взрослых и детей от медицинских манипуляций. Читать об этом (или смотреть) страшно. Врачам в том числе. Как это ни парадоксально, польза от таких публикаций, к сожалению, минимальна, а если еще учесть не только трагедию пострадавших, но и врачей, то – сомнительна. Давайте посмотрим мы все на эту проблему с иной точки зрения [1-3].

Многообразие ЛС на фармацевтическом рынке озвучивает проблему выбора оптимального препарата для конкретной болезни и даже конкретного больного. Существенно усложняет задачу выбор терапии ЛС ребенку. Сегодня, чтобы назначить рациональную терапию, нужно использовать целый ряд критериев и, прежде всего, должна быть оценка лекарств с точки зрения соотношения эффективности и безопасности. По данным Ассоциации организаций по клиническим исследованиям 2012 года, более 46% лекарств используемых в педиатрии нерационально, т.е. почти половина детей лечится неправильно. При этом каждая десятая детская госпитализация в России сопряжена с побочным действием ЛС [1].

Вера в благотворность лекарства зачастую существенно усиливает его реальное действие. Но иногда пациенты сталкиваются и с иными эффектами препаратов - развитием нежелательных побочных реакций (НПР) и отсутствием ожидаемого терапевтического результата. Такие последствия могут быть обусловлены как фармакологическими свойствами или качеством самого ЛС, так и индивидуальной реакцией организма пациента на прием лекарства, различными взаимодействиями ЛС с другими фармацевтическими продуктами или пищей [3].

Цель исследования: выявить информированность населения о проблеме безопасности проводимого им лечения и определить частоту встречаемости респондентов с нежелательными реакциями на лекарственные средства.

Материалы и методы: нами была составлена анкета-опросник для населения г. Астрахани, которая заполнялась респондентами на выходе из аптеки торговой сети «На здоровье» по ул. Боевой, д. 25. Анкетирование проведено среди 67 человек различного пола, возраста и социального происхождения. Анкета включала в себя вопросы об информированности населения о неблагоприятных реакциях на ЛС, частоту и характер побочных явлений. Отдельно стоял вопрос о желании специалистов практического здравоохранения информировать пациентов о возможных НПР при комбинациях ЛС между собой и с биологически активными добавками (БАД).

Результаты: среди респондентов преимущественно (71%) были женщины. В возрастном аспекте группа от 45 до 55 лет заняла 69,5%. Около 34% опрошенных дали информацию о постоянном использовании БАДов для профилактики и лечения острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ), для улучшения остроты зрения, устранения дискомфорта в ЖКТ и с кардиотрофической целью. На вопрос о том, кто назначал БАД, анкетированные нами отвечали, что информацию получили от знакомых - 11%, из средств массовой информации - 17,3%. Почти 20% отметили, что участковые терапевты не приветствуют применение БАД и поэтому факт их использования респонденты скрывают. Одновременное применение БАД и ЛС не учитывалась, потому что, по мнению большинства (77,2%) это комбинация не несет угрозы для организма, а 89,4% считали, что исход заболевания не зависит от комбинации и количества ЛС, применяемых одновременно. 11% респондентов уверены, что чем больше ЛС, тем эффективнее будет лечение. Выяснилось, что 24,7% участников опроса применяют при возникшем недуге пять препаратов одновременно и 7% шесть и более ЛС.

Следующий блок вопросов был посвящен НПР. Среди анкетированных только 45% знают, что означает это понятие. Информацию от врача о возможных НПР на фоне лечения получили всего 13,4% участников опроса. Почти 33% рассчитывают на сведения о НПР указанные в аннотации к ЛС. Респонденты в возрасте от 30 до 45 лет (17%) отметили, что сначала оценивают назначения врача по данным сети Интернет и лишь потом, осуществляют покупку ЛС в аптеке. На вопрос, какие ЛС, вызывали у них НПР, опрошиваемые указали группу антибиотиков, витаминов, противозачаточных средств, гипотензивных препаратов и анальгетиков. На вопрос их действия после появления неожиданных реакций на фоне лечения, 28,7% сказали, что самостоятельно заканчивают приём препарата, 11% - обращаются к врачу, 4,2% - вызывают карету скорой помощи. Вопрос о возможной профилактике НПР в 90% анкет-опросников остался без ответа.

Выводы.

1. Среди населения г. Астрахани имеется очень низкая культура фармакотерапии. При фармакотерапии преобладает полипрагмазия, зачастую необоснованная, связанная с проблемой самолечения.
2. У пациентов нет достаточной информированности о НПР. Необходима дальнейшая работа по разработке алгоритмов информированности населения о возможных НПР и правилах поведения после фиксирования необычных реакций на ЛС для повышения контроля за НПР.
3. Среди врачей различных специальностей необходимо повысить профилактическую работу с населением направленную на профилактику НПР и бесконтрольного применения БАД.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПАНТОГАМА ИОНОМЕТРИЧЕСКИМ МЕТОДОМ

А.Г. Григорян (II курс, фармацевтический факультет)
Научный руководитель – ассистент кафедры Е. А. Сюткова

*Кафедра фармацевтической химии
(зав. – к.х.н., доц. О.Л. Титова)*

Ноотропы – это средства, оказывающие прямое активирующее влияние на обучение, улучшающие память и умственную деятельность, а также повышающие устойчивость ЦНС к агрессивным воздействиям[1]. В современных условиях постоянного стресса и усиленных умственных нагрузок многим людям в разном возрасте требуется терапевтическая медикаментозная поддержка, которая может быть направлена на улучшение процессов метаболизма и кровоснабжения ЦНС. К препаратам данного ряда относится Гопантенная кислота. На российском рынке Гопантенная кислота (рис. 1.) представлена следующими препаратами: Кальция Гопантенат (таб. 500 мг, №50 шт.), Кальция Гопантенат (таб. 250 мг, №50 шт.), Кальция Гопантената таблетки (таб. 250 мг, №50 шт.), Пантокальцин (таб. 500 мг, 250 мг, №50 шт.), Гопантан (таб. 500 мг, №50 шт.), Гопантан

(таб. 250 мг, №50 шт.), Пантогам (таб. 500 мг, №50 шт.), Пантогам (таб. 250 мг, №50 шт.), Пантогам сироп 10% (500 мг/5 мл, фл. 100 мл) и др.

Данные препараты широко используются в неврологии, т.к. их показания к применению очень разнообразны.[2,3] В связи с этим, вопросы их качества несомненно актуальны.

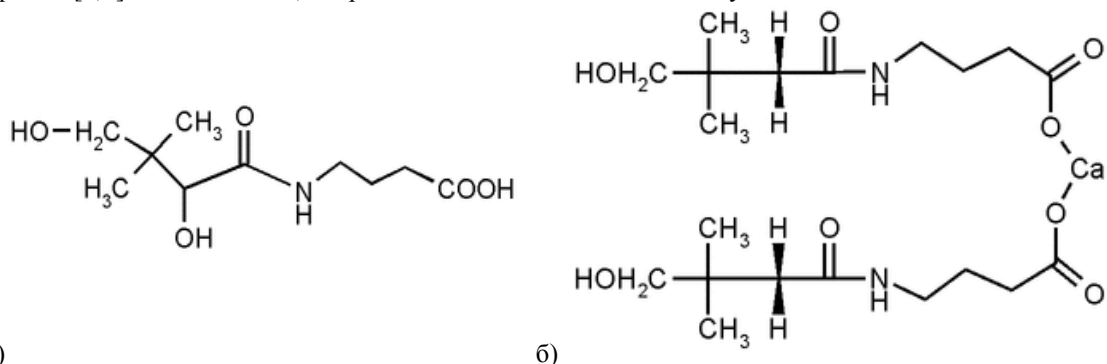


Рис. 1. а) Гопантенная кислота, б) Пантогам

Целью настоящей работы являлась разработка методики количественного определения Пантогама с использованием метода ионометрии.

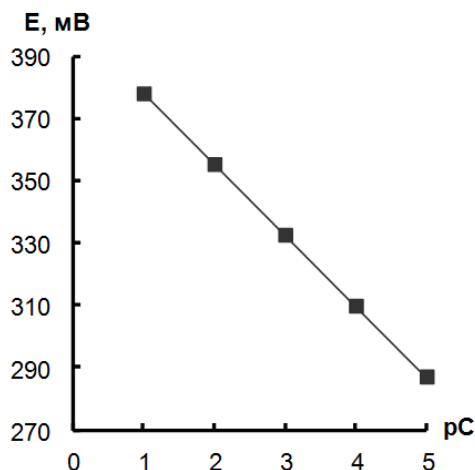
С химической точки зрения Пантогам представляет собой растворимую кальциевую соль гопантенной кислоты, поэтому для его количественного определения можно использовать ИСЭ (ионоселективный электрод).

Потенциометрия с ионоселективными электродами (ИСЭ) является перспективным методом, отличается простотой и экспрессностью. ИСЭ является первичным преобразователем активности ионов Ca^{2+} в ЭДС (электродвижущую силу) и предназначен для определения концентрации ионов Ca^{2+} .

Рис. 2. Градуировочный график для определения концентрации ионов Ca^{2+}

Калибровку в единицах концентрации проводили по стандартным растворам, приготовленным путем последовательного десятикратного разведения основного стандартного раствора концентрацией $0,1 \text{ моль/дм}^3$ дистиллированной водой с добавлением буферного раствора для регулирования общей ионной силы. Измерения проводили последовательным измерением потенциалов относительно хлорсеребряного электрода сравнения ЭВЛ-1М3.1. Калибровку проводили в порядке возрастания концентрации стандартных растворов. По результатам измерений строили градуировочный график в координатах « $E-pC_{\text{Ca}^{2+}}$ » (рис 2.). [4] .

Проводили шесть повторных измерений. Экспериментальные результаты оценивали на наличие промахов и обрабатывали по методу наименьших квадратов.



Результаты эксперимента позволяют отметить, что в интервале концентраций $10^{-1} - 10^{-5} \text{ моль/дм}^3$ соблюдается линейная зависимость. Уравнение прямой имеет следующий вид: $E = -30,65pC + 299,15$. Крутизна электродной функции $S = 30,65$, что входит в установленные в инструкции пределы ($28 \pm 6 \text{ мВ}$).[4]

Для выявления оптимальных условий определения ионов Ca^{2+} в препарате «Пантогам» (ООО «Пик-Фарма ПРО», 188663-Ленинградская обл., 250 мг, таб. №50) изучили влияние pH среды. Проводили определение содержания ионов кальция, по уравнению прямой рассчитывали концентрацию и производили перерасчет на содержание Пантогама.

Таблица 1. Влияние pH на количество определяемого вещества. $\alpha=0,95$; $n=6$; $t_p = 2,57$.

Н	Р	Найденное содержание Пантогама, мг
7		230±21
6		178±14
5		139±12
4		50±3,5
3		18±1,1
2		10±0,9

Уменьшение количества выявленного Пантогама с уменьшением рН среды может быть объяснено упрочнением комплекса «гопантенная кислота-Са» в кислой среде.

ИССЛЕДОВАНИЕ СТАБИЛЬНОСТИ ПРОДУКТА ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ, ОБОГАЩЕННОГО ЛИКОПИНОМ

Е.С. Мартынова, Е.С. Морозова, Е.Р. Тлекова, Э.Б. Китаева (V курс, фармацевтический факультет)
Научный руководитель – ассистент кафедры Е.С. Савельева

*Кафедра фармацевтической химии
(зав. – к.х.н., доц. О.Л. Титова)*

В связи с возрастающим негативным действием различных факторов внешней среды на организм человека, огромное значение в последнее время приобретают биологически активные соединения, в частности каротиноиды, добавление которых в пищу в небольших количествах способствует усилению защитных сил организма и приводит к снижению риска развития многих заболеваний [1].

Ликопин – красный природный органический пигмент из группы каротиноидов, по современным данным являющийся одним из наиболее эффективных нейтрализаторов свободных радикалов и отличающийся отсутствием токсического действия даже в высоких дозах. Пигмент обладает очень сильными терапевтическими, радиопротекторными, гиполипидемическими и антипролиферативными свойствами [2, 4].

В рамках данной работы были проведены исследования по определению стабильности продукта, полученного на основе пищевого масла растительного происхождения и пигмента ликопина [6], в моделированных условиях для выявления оптимальных способов хранения полученного масла без разрушения ликопина и длительного проявления продуктом полезных свойств.

В качестве липидного сырья использовали рафинированное подсолнечное масло «Золотая семечка» (производитель: филиал «МЭЗ Юг Руси Ростов» ООО «МЭЗ Юг Руси Ростов», Ростов – на – Дону), которое ранее было выбрано из группы экстрагентов [3].

Опираясь на патент [5] и модифицировав используемую методику, пигмент извлекали из томатной пасты «Астраханская» (производитель, ООО «ПК МАКА», Люберцы, Московская область), исключив конечный этап кристаллизации каротиноида.

Экстракцию проводили из измельченной ликопинсодержащей биомассы при температуре 90 – 95°C в течение 30 минут. Шрот отделяли фильтрацией и анализировали количественное содержание ликопина методом спектрофотометрии в пробе непосредственно после проведения эксперимента и далее с интервалом 24 часа в течение трех дней в пробах, выдерживаемых в темноте, холодильнике ($t = 5^{\circ}\text{C}$) и морозилке ($t = -5^{\circ}\text{C}$). Результаты определений приведены на рис. 1 – 3.

Рис. 1. Спектры поглощения продукта (2-й день измерений).

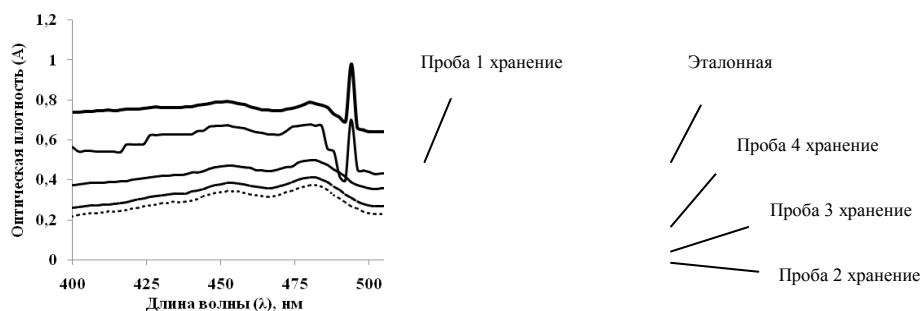


Рис. 2. Спектры поглощения продукта (3-й день измерений).

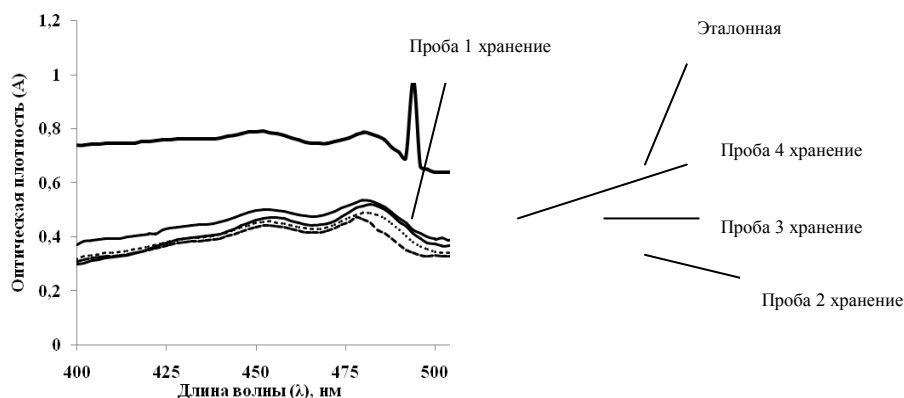
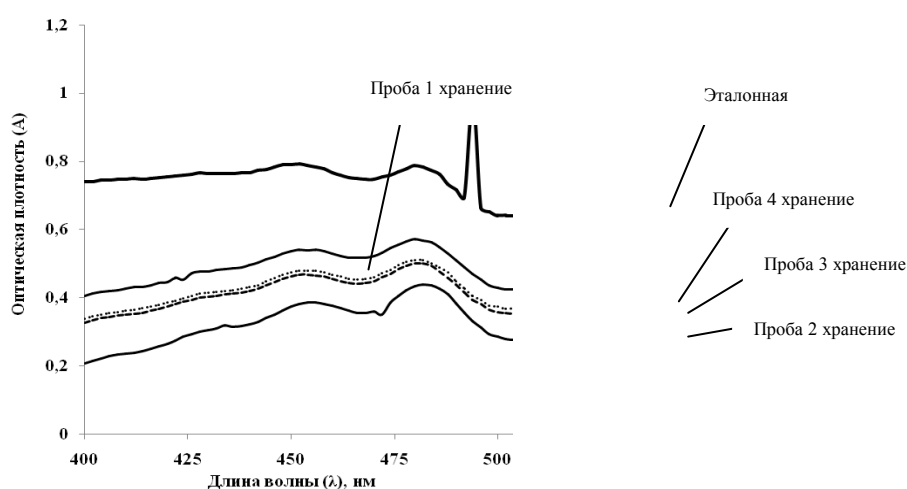


Рис. 3. Спектры поглощения продукта (4-й день измерений).



Как видно из приведенных данных, во всех случаях отмечается падение значений оптической плотности в течение первых суток хранения, затем результаты стабилизируются.

Таким образом, предварительно можно предположить, что изменение условий хранения (в рамках бытового использования) незначительно влияет на стабильность полученного продукта.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ИОНОМЕТРИИ В КОЛИЧЕСТВЕННОМ АНАЛИЗЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ

М.П. Колесова (V курс, фармацевтический факультет)
Научный руководитель – ассистент кафедры Е. А. Сюткова

*Кафедра фармацевтической химии
(зав. – к.х.н., доц. О.Л. Титова)*

В настоящее время увеличился выпуск лекарственных средств и резко возросло их потребление. В связи с этим требуется контроль качества лекарственных веществ, а также определение их содержания в различных биологических жидкостях, продуктах питания, сточных водах фармацевтических предприятий и других объектах. Потенциометрия с ионоселективными электродами (ИСЭ) отличается простотой и экспрессностью, и является перспективным методом, который может быть использован для определения органических веществ. Имеющиеся в литературе сведения по применению ИСЭ в анализе лекарственных веществ описывают, в основном, определение отдельных представителей, и лишь немногие работы посвящены выявлению факторов, отвечающих за селективные свойства предложенных ИСЭ. Актуальным вопросом в ионометрии лекарственных

веществ является разработка достаточно универсальных электродов для контроля содержания отдельных групп лекарственных препаратов в фармацевтических формах и биологических жидкостях.

Целью настоящей работы являлась оценка возможности количественного определения лекарственных веществ, выпускаемых в форме гидрохлоридов с использованием метода ионометрии.

Объекты исследования. Раствор для инъекций - Новокаин (ФГУП «НПО Микроген», Россия). Таблетки: Бромгексин (ОАО «БИОСИНТЕЗ», Россия); Индапамид (ООО «ОЗОН», Россия); Цетрин (Д-р Редди'с Лабораторис Лтд., Индия); Супрастин (ОАО Фарм.завод ЭГИС, Венгрия); Амброксол (ЗАО «Скопинский Фарм.завод», Россия).

Методика эксперимента. Калибровку в единицах концентрации проводили по стандартным растворам, приготовленным путем последовательного десятикратного разведения основного стандартного раствора дистиллированной водой с добавлением буферного раствора для регулирования общей ионной силы. Измерения проводили последовательным измерением потенциалов относительно хлорсеребряного электрода сравнения ЭВЛ-1МЗ.1. Калибровку проводили в порядке возрастания концентрации стандартных растворов. Проводили шесть повторных измерений. Экспериментальные результаты оценивали на наличие промахов и обрабатывали по методу наименьших квадратов. По результатам измерений строили градуировочный график в координатах « $E-pC_{Cl}$ » (рис 1.). Градуировочный график позволяет определить диапазон концентраций анализируемого вещества, при котором соблюдается линейная зависимость.

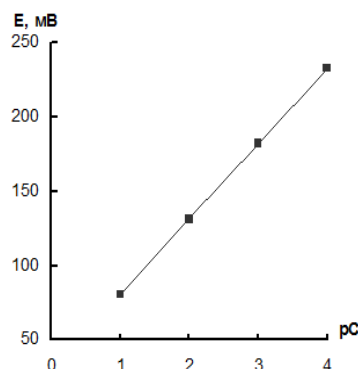
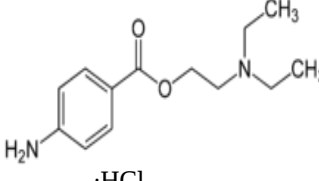
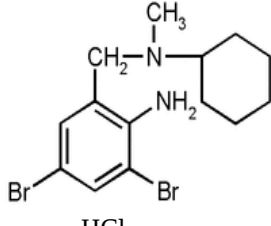


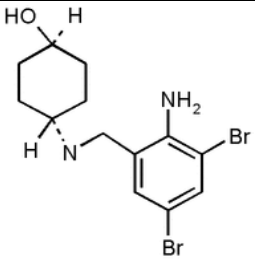
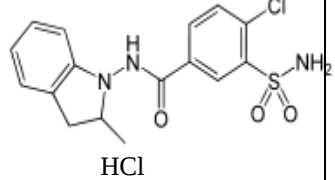
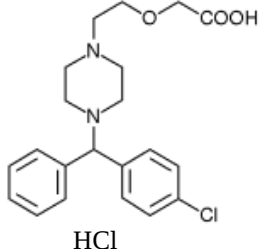
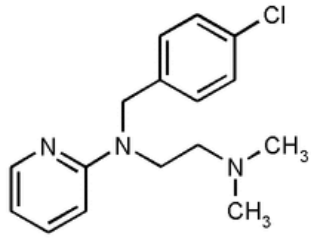
Рис. 1. Градуировочный график для определения концентрации ионов Cl^-

Линейная зависимость соблюдается в интервале концентрации $10^{-1} - 10^{-4}$ моль/дм³. Уравнение прямой имеет следующий вид: $E = 7,3 + 52,46 \cdot pC$. Крутизна электродной функции $S = 52,46$, что входит в установленные в инструкции пределы (58 ± 6 мВ). Полученный градуировочный график (рис.1) можно использовать в данном интервале концентраций для определения равновесных концентраций исследуемых веществ, так как все исследуемые препараты представляют собой гидрохлориды.

Далее проводили определение содержания хлорид ионов в растворах испытуемых препаратов, по уравнению прямой рассчитывали концентрацию и производили перерасчет на содержание действующего вещества в анализируемом препарате. Результаты исследования представлены в табл. 1.

Таблица 1. Найденное и заявленное содержание действующего вещества в препарате. $b=0,95$; $n=6$; $t_p = 2,57$.

Препарат	Действующее вещество	Структурная формула [2]	Н	Найденное содержание	Заявленное содержание
Новокаин	Прокаина гидрохлорид	 ·HCl	,0	$4,71 \pm 0,4$ 4	5 мг/мл
Бромгексин	Бромгексина гидрохлорид	 HCl	,0	$0,77 \pm 0,0$ 6	0,8 мг

Амброк сол	Амброксола гидрохлорид	 HCl	,7	28,51±1, 3	30мг
Индапа мид	Индапамида гидрохлорид	 HCl	,5	2,42±0,1 6	2,5мг
Цетрин	Цетиризина дигидрохлорид	 HCl	,0	9,16±0,7 5	10мг
Супраст ин	Хлоропирами на гидрохлорид	 HCl	,7	24,62±0, 9	25мг

Как видно из табл. 1, количественное содержание действующих веществ, установленное с помощью метода ионометрии, соответствует заявленному содержанию в препарате.

Метод ионометрии можно использовать для установления количественного содержания лекарственных веществ в виде растворов для инъекций и в лекарственной форме «таблетки». Преимущества данного метода заключаются в достаточно высокой чувствительности, хорошей воспроизводимости и возможности анализа смеси веществ.

ЛЕЧЕБНО-КОСМЕТИЧЕСКИЙ ПРОДУКТ НА ОСНОВЕ ОБОГАЩЕННОЙ РАСТИТЕЛЬНЫМИ КОМПОНЕНТАМИ СОЛИ

Б.К. Хаваева (V курс, фармацевтический факультет)
Научный руководитель – к.х.н. О.Л. Титова

*Кафедра фармацевтической химии
(зав. – к.х.н., доц. О.Л. Титова)*

Фармацевтическая и парфюмерно-косметическая промышленность в настоящий момент выпускает огромное разнообразие солей для принятия ванн, несколько меньше лечебно-косметических композиций, включающих природные соли, а также ряд лекарственных препаратов на основе солевых растворов. Однако, быстрорастворимых шипучих таблетированных дозированных форм (пригодных для использования в лечебно-профилактических целях) среди них почти нет. Поэтому в своей работе мы преследуем цель создания продукта только на основе природных компонентов, без использования синтетических добавок, обладающего компактной, удобной для транспортировки, хранения и использования формой, имеющего четкую дозировку, который может быть использован как в косметических, так и в лечебно-профилактических целях.

Логично, что находясь на территории Астраханской области, в качестве минеральной основы мы выбрали соль Баскунчакского месторождения.

На сегодняшний день самосадочная соль, добытая в озере Баскунчак считается одной из лучших в мире натриевых солей. Иногда ее называют «живой солью», т.к. она практически не требует дополнительной

промышленной обработки и используется в натуральном виде. С технологической точки зрения Баскунчакская соль по своим структурным характеристикам является идеальным сырьем для получения таблетированных быстрорастворимых форм [1]. В данном случае хлорид натрия является и формообразователем, и действующим веществом. Кроме того, продукт на ее основе не требует введения дополнительных стабилизаторов и консервантов.

Выбранная нами форма продукта – быстрорастворимые шипучие таблетки и брикеты – позволяет достигнуть быстрого высвобождения активных и вспомогательных веществ вследствие реакции между органическими карбоновыми кислотами и пищевой содой при контакте с водой. В результате этой реакции образуется нестабильная угольная кислота, которая сразу же распадается на воду и углекислый газ. Газ образует пузырьки, которые действуют в качестве суперразрыхлителя, исключая, таким образом, необходимость перемешивания и сокращая время растворения, что позволяет без труда обеспечивать необходимую температуру получаемого раствора.

В рамках выполняемого исследования разработана рецептура базовой быстрорастворимой шипучей основы (время растворения $10 \text{ г} < 1 \text{ мин}$), которая в порошкообразной форме сохранила свои свойства без изменений при хранении в негерметичной упаковке в течение 6 месяцев (срок проведения исследований). Прессование в таблетки и брикеты позволит увеличить сроки хранения за счет ограничения контакта с влагой гигроскопичных компонентов.

Усиление лечебно-профилактического эффекта солевых растворов предполагается достигнуть за счет введения растительных добавок.

Введение растительных экстрактов возможно двумя способами: влажным и сухим. Ввиду гигроскопичности соли использование водных экстрактов для данной технологии является неприемлемым. Органические экстракты лучше сохраняют свойства экстрагируемых веществ и не вызывают переувлажнения соли.

Нами апробирован вариант влажного нанесения органических экстрактов каротиноидов и хлорофиллов из листьев Алоэ древовидного (*Aloe arborescens*) и Чистотела большого (*Chelidonium majus*), выделенных по методике [2]. Полученная в результате эксперимента соль, обработанная растительными экстрактами, сохраняла характерную окраску не более недели, вследствие довольно быстрого разрушения пигментов. Одним из путей стабилизации может быть получение солевых форм пигментов.

Другим вариантом насыщения продукта растительными добавками является введение сухих экстрактов БАВ (рис.1); разработка и оценка эффективности этого способа предполагается в дальнейших исследованиях.

Таким образом, к настоящему моменту рассчитан оптимальный состав базовой основы для быстрорастворимой формы, получены лабораторные образцы (порошки); создана методика выделения хлорофиллов и каротинов из природного сырья; определен круг лекарственных растений, подходящих для использования в проекте.

Предлагаемые нами шипучие таблетки и брикеты в зависимости от растительных добавок могут быть использованы для:

- полоскания полости рта и горла при стоматитах, болезнях миндалин и аденоидов, фарингит
- промывания носовой полости при ринитах и в профилактических целях в периоды эпидемий ОРЗ и гриппа;
- укрепления и отбеливания ногтей, профилактики и лечения расслаивания ногтевых пластинок;
- профилактики грибковых заболеваний ногтей при выполнении маникюра;
- снятия неприятного запаха и уменьшения потливости ног;
- снятия чувства усталости в ногах и повышения общего тонуса организма.

Рис.1

АНАЛИЗ ВОСТРЕБОВАННОСТИ НЕКОТОРЫХ ПРОТИВОВИРУСНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПО ИТОГАМ ИХ РЕАЛИЗАЦИИ В АПТЕЧНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ГОРОДА АСТРАХАНИ

Ю.В. Шур (IV курс, фармацевтический факультет)
Научный руководитель – д.м.н. проф. Д.Ш. Дубина

Кафедра фармакологии
(зав. – д.м.н. проф. Д.Ш. Дубина)

Профилактика гриппа и других респираторных инфекций остается серьезной проблемой здравоохранения большинства стран. Ежегодно эпидемии гриппа охватывают 10–20 % населения земного шара, значительно повышая смертность, особенно в группах высокого риска [1]. Они причиняют огромный экономический ущерб, обусловленный как прямыми затратами на лечение, так и косвенными, связанными с увеличением числа дней временной нетрудоспособности [2]. Основной профилактической мерой по предотвращению развития эпидемий является массовая вакцинация населения [3], однако антигенный дрейф вируса гриппа может произойти уже после создания вакцины на данный год. Современные технологии изготовления вакцин не дают возможности создать новую вакцину в сроки, необходимые для предотвращения последующей волны эпидемии

[4]. В этих условиях использование противовирусных препаратов для профилактики и лечения гриппа и других респираторных инфекций представляется наиболее актуальным.

С учетом вышеизложенного был проанализирован потребительский спрос на ряд противовирусных препаратов в одной из аптечных сетей города Астрахани.

Изучаемую группу лекарственных средств составили Арбидол, Анаферон, Кагоцел, Ликопид, Ремантадин, Циклоферон и Цитовир-3. Все препараты входят приблизительно в одну ценовую категорию стоимостью от 180 до 240 рублей. Исключение составил Ремантадин, средняя стоимость упаковки которого не превышала 60 рублей.

Реализация данных препаратов изучалась в течение пяти месяцев, начиная с ноября 2012 года и по март 2013 года включительно, в период роста заболеваемости населения гриппом и острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ).

По результатам исследования установлено, что в ноябре было реализовано 276 упаковок (базовых единиц) вышеперечисленных препаратов, из них Анаферона 18 упаковок (6,5% от общего количества реализованных противовирусных препаратов), Арбидола 39 (14,1%), Кагоцела 98 (35,5%), Ликопида 23 (8,3%), Ремантадина 57 (20,7%), Циклоферона 26 (9,4%) и Цитовира-3 15 упаковок (5,4%).

В декабре общее количество базовых единиц проданных препаратов составило 330, что превысило ноябрьские продажи на 19,6%. Реализация Анаферона составила 35 упаковок (10,6% от общего количества проданных препаратов), Арбидола 35 (10,6%), Кагоцела 108 (32,7%), Ликопида 10 (3,0%), Ремантадина 75 (22,7%), Циклоферона 30 (9,1%) и Цитовира-3 37 (11,2%).

В январе общее количество проданных препаратов составило 310 упаковок (рост на 12,3%, по сравнению с ноябрем), Анаферона было реализовано 23 единицы (7,4%), Арбидола 28 (9,0%), Кагоцела 122 (39,4%), Ликопида 5 (1,6%), Ремантадина 82 (26,5%), Циклоферона 22 (7,1%), Цитовира-3 28 (9,0%).

В феврале наблюдалось существенное увеличение продаж данных противовирусных лекарственных средств, что по-видимому, обусловлено пиком заболеваемости гриппом и ОРВИ. Всего было реализовано 405 базовых единиц, что значительно превысило показатели остальных месяцев (по сравнению с ноябрем рост продаж составил 46,7%, с декабрем 22,7%, на 30,6% он превысил январские и на 21,3% мартовские продажи). Из реализованных препаратов Анаферон составил 27 упаковок (6,7%), Арбидол 37 (9,1%), Кагоцел 183 (45,2%), Ликопид 11 (2,7%), Ремантадин 78 (19,3%), Циклоферон 33 (8,1%) и Цитовир-3 36 (8,9%).

В марте общее количество востребованных населением лекарственных средств снизилось и составило 334 упаковки, тем не менее оно было выше, чем в ноябре на 21,0%. Продажа Анаферона составила 8 упаковок (или 2,4% от общего количества проданных препаратов), Арбидола 26 единиц (7,8%), Кагоцела 187 (55,9%), Ликопида 8 (2,4%), Ремантадина 49 (14,7%), Циклоферона 32 (9,6%), Цитовира-3 24 (7,2%).

Таким образом, в результате проведенного нами анализа выяснено, что наибольшим спросом среди населения в период эпидемии гриппа и ОРВИ пользуются препараты Кагоцел и Ремантадин, что подтверждается их повышенной реализацией в аптечной сети. Это обусловлено, по-видимому, низкой ценой Ремантадина, а так же высокой профилактической и лечебной эффективностью Кагоцела и его широкой популяризацией в средствах массовой информации.

КЛИНИЧЕСКИЙ И ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С HELICOBACTER PYLORI

О.М. Бабенко (IV курс, педиатрический факультет)
Научный руководитель – к.м.н. Вязовая И.В.

*Кафедра педиатрии лечебного факультета
(зав. – д.м.н., проф. В.И. Григанов)*

Заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) среди детского населения Астрахани и области, как и России, продолжают оставаться актуальными [1].

Хронические *H. pylori*-ассоциированные гастриты имеют наибольший удельный вес среди всех хронических заболеваний гастродуоденальной зоны. Значимость проблемы подчеркивает присуждение Нобелевской премии по физиологии и медицине в 2005 г. за открытие бактерии *H. pylori* и ее роли при гастрите и язвенной болезни В. J.Marshall и R.J.Warren [1,2].

Большой интерес к хроническим *H. pylori*-ассоциированным гастритам обусловлен не только повсеместным и широким распространением хеликобактерной инфекции, но и высоким онкогенным потенциалом некоторых вариантов данного недуга [1,3].

Несмотря на проводимые профилактические мероприятия, среди болезней органов пищеварения ассоциированных с *Helicobacter pylori* (HP) язвенная болезнь продолжает оставаться одной из наиболее частых причин обращения за медицинской помощью [2,3].

Цель исследования: провести у детей с HP ассоциированной патологии ЖКТ клинический и фармакоэпидемиологический анализ лечения антихеликобактерными (АХТ) препаратами различных фармакологических групп.

Материалы и методы: для оценки эффективности различных вариантов терапии НР нами были ретроспективно изучены и проанализированы истории болезни 63 больных с диагностированным НР-ассоциированным гастритом или пептической язвой, подтверждёнными при проведении ФГДС и определением уреазной активности *in vivo* в выдыхаемом воздухе - ХЕЛИК-тест на базе отделения педиатрии ГБУЗ ДГКБ №2 г.Астрахани. Среди исследуемых мальчиков 68% и девочек 32% , средний возраст 13,2 года. Больные были распределены на 3 группы, в зависимости от используемых в лечении антисекреторных препаратов, входящих в состав различных вариантов АХТ. В свою очередь, каждая из 3 групп была разделена, в зависимости от получаемых комбинаций антибактериальных препаратов, на подгруппы.

В качестве антисекреторного препарата были использованы представители блокаторов H₂-гистаминовых рецепторов (фамотидин) или ингибитор протонной помпы (омепразол, эзомепразол). В III группу входили больные, одновременно получавшие и омепразол и коллоидный субцитрат висмута (де-нол). Для эрадикации *H. pylori* были использованы представители различных классов антибактериальных препаратов с положительным клиническим эффектом, доказанным в различных отечественных и зарубежных исследованиях, такие как амоксициллин, кларитромицин, метронидазол и фуразолидон.

Результаты: при анализе историй болезни было установлено, что все дети предъявляли жалобы на боли в эпигастриальной или пилорoduodenальной области, отмечали диспепсические расстройства различной степени выраженности, продолжительности и времени возникновения. При оценке выраженности боли установлено, что интенсивная боль встречалась у 17,8% больных, умеренная - у 57,2%, слабая - у 23,8% и у 1,2% - боль отсутствовала. Наряду с болевым синдромом, имела место диспепсия, наиболее часто изжога (55,3%), отрыжка (61,2%), тошнота (63,9%) и рвота (6,8%). На фоне проводимой фармакотерапии через неделю жалоб на наличие боли не было почти у половины детей (46,2%), а в 53,8% случаев боль сохранялась, но значительно снижалась ее интенсивность. На 14-18 день (день выписки из стационара) болевой синдром полностью отсутствовал.

При анализе частоты эрадикации *H. pylori* в зависимости от антисекреторного препарата, входящего в состав АХТ, было выявлено, что высокая эрадикация *H. pylori* достигалась у больных, пролеченных Эзомепразолом (90,4%) ($p=0,7$). В сравнении с этой группой, достоверно ($p_1=0,03$, $p_2=0,05$) самая низкая (62,1%) эрадикация *H. pylori* у больных, получавших в качестве антисекреторного препарата фамотидин в таблетированной форме. Более глубокое подавление желудочной секреции на фоне лечения эзомепразолом, способствовало повышению эффективности АХТ.

Кроме того, результаты нашей работы показали, что на фоне проведения различных вариантов АХТ, частота эрадикации *H. pylori* различается в зависимости от комбинации антибиотиков. Самая высокая (91,2%) от амоксициллина (30-60 мг/кг/сут в 3 приема) в комбинации с кларитромицином (15 мг/кг/сут в 2 приема), самая низкая (53,3%), $p=0,003$ – на фоне амоксициллина (30-60 мг/кг/сут в 3 приема) и комбинации фуразолидона (6-7 мг/кг/сут в 4 приема). Частота эрадикации *H. pylori* на фоне лечения комбинацией кларитромицина с метронидазолом и амоксициллина с метронидазолом составила 62,9% и 59,1% соответственно ($p=0,9$). Причиной низкой эрадикации *H. pylori*, как указывается в различных источниках, является применение заведомо неэффективных лекарственных комбинаций для терапии. Снижение эффективности возможно, связано также с ростом штаммов *H. pylori*, резистентных к метронидазолу, макролидам. Одной из возможных причин развития резистентности к производным нитроимидазола и макролидам является также частое использование их в качестве монотерапии.

Эрадикация *H. pylori* у пациентов подтверждалась клинически, на повторной ФГДС и определением уреазной активности *in vivo* в выдыхаемом воздухе – на 10-12 день лечения.

Выводы. Внедрение в широкую врачебную практику современных методов диагностики *H. pylori* и применение наиболее эффективных вариантов АХТ, будет способствовать значительному снижению частоты рецидивов в течение года и избавлять больных детей от возможных тяжелых и опасных для жизни осложнений.

В конечном итоге это приводит к снижению распространенности заболевания в популяции.

ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОЗДАНИЯ АНТИЦЕЛЛЮТНОГО ПРЕПАРАТА НА ОСНОВЕ ЛЕЧЕБНОЙ ГРЯЗИ И ИМБИРЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО

Х.Ю. Магомедова (IV курс, фармацевтический факультет)

Научный руководитель – д.м.н., доц. М.А. Сомотруева, директор ФБУ Центр реабилитации ФСС РФ
«Тинаки» И.А. Брынцева

Кафедра ботаники, фармакогнозии и фармацевтической технологии (зав. – д.б.н. Б.В. Фельдман)

*ФБУ Центр реабилитации ФСС РФ «Тинаки»
(директор – И.А. Брынцева)*

За последние десятилетия в России и других странах мира наблюдается отчетливая тенденция к увеличению количества пациентов с гиалиновой липодистрофией (целлюлитом). Частота данной патологии составляет 80% у пациенток в возрасте от 20 до 35 лет и более 95% у женщин в возрасте старше 35 лет.

В последние годы разработаны различные профилактические и лечебные программы коррекции гиноидной липодистрофии, включающие в себя использование как лекарственных препаратов для наружного применения, так и факторов механической или физической природы, например, антицеллюлитный массаж, электромиостимуляцию, ультразвуковую терапию и др. С целью коррекции гиноидной липодистрофии успешно применяют также и хирургический метод – липосакцию [1, 2].

Однако, несмотря на значительное разнообразие методов коррекции гиноидной липодистрофии, они зачастую не позволяют добиться желаемых результатов из-за отсутствия научно-обоснованного подхода, определяющего приоритетность воздействия на основные звенья патогенеза, а хирургический метод имеет жесткие противопоказания и достаточно продолжительный период восстановления. Исходя из этого, поиск и разработка новых средств коррекции проявлений гиноидной липодистрофии является актуальной задачей отечественной фармации.[9].

Наиболее полно современным медико-биологическим требованиям отвечают препараты природного происхождения, т.к. обладают высокой эффективностью, хорошей переносимостью в терапевтических дозах, широким диапазоном лечебных свойств, отсутствием побочных эффектов, что позволяет использовать их для всех возрастных групп в качестве симптоматического и профилактического лечения, в том числе и при назначении продолжительных курсов [3, 4].

Лечебные грязи издавна известны своими лечебными и косметическими свойствами. Но лишь сравнительно недавно было изучено их воздействие на наше тело. Так, лечебная грязь долго удерживает тепло и во время процедуры медленно отдает его телу. Сосуды под действием термической терапии расширяются, улучшаются крово- и лимфоотток. Кроме того, грязи содержат ряд БАВ – минеральные и органические соединения, витамины и биогенные стимуляторы, оказывающие влияние на жировой обмен, нарушения которого и лежат в основе развития целлюлита. Отличительной особенностью «Тинакской» грязи месторождения «Озеро «Лечебное» является то, что они воздействуют на те самые грубые соединительнотканые волокна, которыми «прорастает» жировая ткань и которые и придают коже бугристый вид. При регулярном воздействии лечебной грязи эти волокна начинают исчезать, рассасываются. Кроме того, некоторые компоненты грязи сорбируют кожные выделения, способствуя очищению кожи [5, 7].

В качестве растительного компонента для создания нового антицеллюлитного препарата наше внимание привлек имбирь лекарственный (*Zingiber officinale*), имеющий достаточно широкую биологическую активность. Доказано, что корневища имбиря содержат сложную смесь фармакологически активных веществ. Содержащиеся в имбире 6-гингерол и 6-шогаол проявляют обезболивающую, противовоспалительную, гипотензивную активность.[8]. Кроме того, активные вещества имбиря расширяют кровеносные сосуды, уменьшают вязкость крови, снижают уровень холестерина, нормализуют сердечную деятельность. Препараты корневища имбиря также активизируют пищеварение, улучшают желчеотделение, устраняют кишечные спазмы. Результаты исследования *in vitro* свидетельствуют о том, что активные вещества, входящие в состав имбиря способны угнетать метаболизм арахидоновой кислоты как по циклооксигеназному, так и по липооксигеназному пути, т.е. действовать по принципу НПВС. Установлено также, что вещества имбиря способны проявлять антиоксидантные, ангиопротекторные, лимфодренажные свойства, что позволит активно воздействовать на все проявления гиноидной липодистрофии [6].

Целью данной работы явилось создание на основе лечебной грязи и биологически-активных веществ *Zingiber officinale* препарата, обладающего выраженной антицеллюлитной активностью.

Для достижения цели мы поставили перед собой ряд задач:

1. Разработать технологию получения биологически-активных веществ *Zingiber officinale*.
2. Разработать технологию получения экстракционных препаратов лечебной грязи.
3. Разработать рецептуры препаратов для наружного применения, содержащих активные вещества *Zingiber officinale* и экстракт лечебной грязи (или нативную грязь).
4. Изучить влияние препарата на состояние кожи и подкожной клетчатки здоровых людей и пациентов с липодистрофическими изменениями кожи.

Несмотря на наличие аналогов как дорогостоящих, так и со средней ценовой политикой, разрабатываемый нами препарат направлен, прежде всего, на расширение арсенала отечественных препаратов липотропного действия для наружного применения.

Реализация идеи данного проекта планируется на 2 года. На первом году будет разработана технология получения биологически-активных веществ *Zingiber officinale* и грязи, проведено изучение в эксперименте степени выраженности антилипидистрофических свойств активных ингредиентов, рассматриваемых в качестве основы для последующего создания препарата. На втором году будет разработана рецептура различных форм препаратов для наружного применения. Планируется также изучить влияние препарата на состояние кожи и подкожной клетчатки здоровых людей и пациентов с липодистрофическими изменениями кожи.

В результате реализации проекта препарат природного происхождения, содержащий биологически-активные вещества *Zingiber officinale* и лечебную грязь, и представленный в виде мягкой лекарственной формы (крем), будет востребован при применении в комплексной антицеллюлитной терапии, а также самостоятельно в качестве лимфодренажного средства с системным антиоксидантным действием.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ФАРМАКОТЕРАПИИ И ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АКТИВНЫХ ФОРМ КИСЛОРОДА В ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Р.Р. Нагиева, Б.Ю. Кузьмичев, С.Ю. Семигласов
(III курс, лечебный факультет)
Научный руководитель – к.м.н. К.А. Татжикова

Кафедра фармакологии
(зав. – д.м.н. проф. Д.Ш. Дубина)

Актуальность: демографическая ситуация нынешнего столетия характеризуется увеличением средней продолжительности жизни в экономически-развитых странах, что привело к увеличению в структуре популяции удельного веса представителей старших возрастных групп. Это делает одной из наиболее важных задач современной клинической медицины профилактику и терапию гериатрических заболеваний. [1]. К такой патологии без сомнения относятся нейродегенеративные заболевания, такие как болезнь паркинсона (бп), болезнь альцгеймера, боковой амиотрофический склероз (бас) и другие.

Нейродегенеративные заболевания возникают в результате дегенерации нервных клеток центральной нервной системы, что приводит к дисбалансу в синтезе нейромедиаторов и как следствие - нарушению координации движений, умственных и мыслительных способностей. [2].

В настоящее время в лечении различных нейродегенеративных деменций используются препараты таких фармакотерапевтических групп, как ноотропы, холинергические препараты, антагонисты α_1 -рецепторов. Однако используемые методы фармакотерапии и нейрохирургического лечения нейродегенеративных заболеваний дают относительно кратковременный положительный эффект. [3].

Цель и задачи исследования: изучить современное состояние проблемы фармакотерапии нейродегенеративных заболеваний на примере бп и бас по данным литературы (обзор). Определить и сформулировать новые подходы к терапии в том числе с использованием препаратов, содержащих активные формы кислорода (препарат «паркон»).

Содержание работы: бп- хроническое прогрессирующее дегенеративное заболевание головного мозга. В большинстве случаев бп приводит пациентов к инвалидизации, больной испытывает трудности в ходьбе, речи и других действиях. Патофизиологическую основу заболевания составляет дегенерация дофаминергических нигростриатных нейронов, чему способствуют нарушения тканевого и внутриклеточного метаболизма, энергетический дефицит клеток, накопление токсичных кислородных интермедиатов, повышение активности моноаминоксидазы б, ускорение катаболизма дофамина.

Основное место в лечении бп занимает заместительная медикаментозная терапия. В современной клинической практике используются в основном две группы лекарственных средств: антихолинергические (беллазон, динезин, норакин, тро-пацин, циклодол, этпепал) и дофаминергические препараты (глудантан, депренил, леводопа, мидантан). Применение этих препаратов позволяет ослабить многие клинические проявления бп, но вместе с тем сопровождается большим количеством побочных эффектов и мало способствует улучшению качества жизни больных.

Внедрение в медицинскую практику последних достижений биофизики и биохимии открыло новые возможности терапии бп с применением ингаляций газофазного супероксида и эндоназальных разбавленных растворов перекиси водорода. [4].

Восприятие сигнала и реализация физиологических эффектов афк опосредуются рецепторным аппаратом слизистой оболочки полости носа. Было установлено, что от рецепторов полости носа сигнал поступает в гипоталамус и вызывает каскад рефлекторных ответов в различных структурах мозга [5]. Раздражение структур вно активирует серотониновые (ст) нейроны гипоталамуса, ст и норадреналиновые нейроны голубого пятна, стимулирует высвобождение дофамина (да) в мезолимбической области мозга [5], угнетает активность моноаминоксидазы б в гипоталамусе, стволе и базальных ганглиях [5]. В результате уменьшается продукция эндогенных окислителей и снижается напряженность эндогенного оксидантного стресса.

На основе достижений биофизики, биохимии, физиологии и фармакотерапии создан отечественный препарат- «паркон».

Препарат «паркон» представляет собой дозированный спрей и применяется интраназально. Оригинальность «паркона» заключается в том, что активные формы кислорода содержащиеся в препарате не проникают в мозг, разрушаясь в течение короткого времени после соприкосновения со слизистой оболочкой носа.

«паркон» обладает широким спектром лечебного действия. Опыт клинического применения показал, что применение нового метода лечения болезни паркинсона приводит у большинства больных к уменьшению тремора и скованности, восстановлению движений, оживлению мимики, улучшению самообслуживания и качества жизни. [5].

К группе прогрессирующих нейродегенеративных заболеваний так же относится-бас. Боковой амиотрофический склероз (бас) и в наше время остается фатальным заболеванием центральной нервной

системы. Заболевание характеризуется неуклонно прогрессирующим течением с избирательным поражением верхнего и нижнего мотонейронов, что приводит к развитию амиотрофий, параличей и спастичности.

Целью терапии является замедление прогрессирования болезни, уменьшение выраженности отдельных симптомов болезни и поддержание стабильного уровня качества жизни. Единственный препарат, замедляющий прогрессирование бас,- рилузол (рилутек), пресинаптический ингибитор высвобождения глутамата. Прием рилузола может продлить жизнь пациенту в среднем на 3 мес. То есть результаты фармакотерапии данного заболевания на сегодняшний день следует признать неудовлетворительными.

Заключение: применение препаратов активных форм кислорода имеет широкие перспективы применения в терапии нейродегенеративных заболеваний. Действие паркона способствует устранению паранозологической симптоматики, улучшению качества жизни больных, что служит поводом для проведения дальнейших исследований, в том числе извлечения возможной эффективности препарата при лечении бас и других нейродегенеративных заболеваний.

ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИГИСТАМИННЫХ ПРЕПАРАТОВ

О.И. Еременкова (V курс, фармацевтический факультет)

Научный руководитель - к.м.н. доц. И.П. Дорфман

Кафедра клинической фармакологии с курсом клинической аллергологии и фитотерапии
(зав. – д.м.н., проф. А.Р. Умерова)

Аллергические заболевания являются актуальной проблемой практического здравоохранения и в последнее десятилетие привлекают все более пристальное внимание врачей разных специальностей. В мире неуклонно растет число больных бронхиальной астмой, поллинозом, аллергическим риноконъюнктивитом, крапивницей и отеками Квинке, атопическим дерматитом, пищевой аллергией и другими аллергическими заболеваниями.

Ежегодно разрабатываются и внедряются в практику новые препараты, совершенствуются их формы. Все более высокие требования предъявляются к их эффективности и безопасности, удобству применения. Важное место в лечении аллергических заболеваний занимают антигистаминные препараты. Однако, несмотря на все достижения, до сих пор сохраняются высокие показатели частоты обострений аллергических заболеваний, обращений пациентов за скорой медицинской помощью, инвалидности и смертности. Одной из причин недостаточного эффекта терапии являются отрывочные знания больных о своем заболевании, профилактике обострений, соблюдении гипоаллергенного режима и уменьшении контакта с причинными аллергенами. У больных отсутствуют навыки самоконтроля и оказания себе первой помощи при развитии острых аллергических реакций или обострении хронических заболеваний.

Целью данной работы явилось проведение анализа причины и структуры применения H1-гистаминовых препаратов в Астраханском регионе.

Материалы и методы: Проведено анкетирование посетителей аптечного учреждения, приобретающих антигистаминные препараты. В специально разработанной анкете пациентам предлагалось заполнить графы с указанием возраста, пола, наименования, формы выпуска, количества приобретаемых препаратов. Также пациенты указывали причину приобретения и назначение антигистаминных препаратов (по назначению врачу или самолечение).

Результаты: Антигистаминные препараты приобретались по поводу лечения острой формы аллергических заболеваний (острая крапивница, аллергический ринит, обострение атопического дерматита, инсектная аллергия) в 74 % случаев, хронической формы (рецидивирующая крапивница, атопический дерматит в ремиссии) – в 26 % случаев. Частота использования антигистаминных препаратов I поколения составила 43,5%. Антигистаминные препараты II поколения приобретались в 56,5 % случаев. При остром течении заболевания или генерализованой форме предпочтения отдавались препаратам из группы H₁-гистаминоблокаторов I поколения. При подострой и хронической форме заболевания использовались препараты II поколения.

Выводы: Антигистаминные препараты I поколения применяются для купирования острых аллергических состояний. Для длительного использования предпочтения отдаются гистаминоблокаторам II поколения.

ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ПОБОЧНЫХ РЕАКЦИЙ НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЭПИЛЕПСИЙ

Е.Ю. Емелина (V курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н, доц. Е.А. Орлова

Кафедра клинической фармакологии с курсом клинической аллергологии и фитотерапии
(зав. – д.м.н., проф. А.Р. Умерова)

Актуальность темы. Эпилепсия – одно из распространенных заболеваний нервной системы, негативно влияет на качество жизни и социальную адаптацию больных, требующая длительного лечения. Распространенность эпилепсии составляет 5-10 случаев на 1000 населения. [2,4].

Противоэпилептические препараты обладают ограниченным терапевтическим диапазоном, который определяется дозой, необходимой для устранения или урежения приступов. Часто эта доза близка, а иногда и соответствует дозе, вызывающей побочные эффекты [4]. Поэтому более чем в 50 % случаев эффективное действие ПЭП сочетается с побочными эффектами, которые так же негативно влияют на качество жизни (не редко пациенты больше страдают от побочных эффектов, чем от проявлений болезни).[1,3]

Цель исследования: оценка эффективности противоэпилептических препаратов и регистрация побочных эффектов на них.

Материалы и методы. Было проведено фармакоэпидемиологическое ретроспективное обсервационное исследование. Изучены истории болезней 50 пациентов с диагнозом: Криптогенная эпилепсия, получавших лечение в неврологическом отделении АМОКБ №2 на протяжении 2011 и 2012 г.

Было выявлено, что данное заболевание встречается у мужчин и у женщин с одинаковой частотой (48% : 52%). У 78 % больных эпилепсией первые приступы появились в возрасте до 20 лет. Возраст пациентов варьировал от 19 до 52 лет.

Лечение эпилепсии направлено на купирование и контроль эпилептических приступов. 52 % больных применяли карбамазепин, 40% - вальпроаты, 4 % - фенobarбитал. 4% больных для лечения эпилепсии использовали политерапию (комбинацию карбамазепина и вальпроатов). Анамнестически выявлено, что в 27 % случаев проводилась смена препаратов.

У 85% пациентов, получающих противоэпилептическую терапию, отмечается урежение эпилептических приступов и их исчезновению, что свидетельствует об эффективности терапии.

При приеме противоэпилептических препаратов у 35 % пациентов выявлялись нежелательные побочные реакции.

Появление побочных эффектов на противоэпилептические препараты не зависит от пола, возраста пациента, но связано с длительности использования, дозой и кратностью приема препарата.

Побочные эффекты со стороны нервной системы в виде головной боли определялись у 18% больных, снижение памяти – у 12%, эмоционально-волевые нарушения – у 8%, головокружение – у 8%, нистагм – у 2 %, тревога – у 2 % пациентов.

Нежелательные побочные эффекты со стороны органов чувств отмечались в виде снижения остроты зрения, шума в ушах у 4% и ухудшения слуха – 2 % пациентов.

Нежелательные побочные эффекты со стороны кожи в виде гипергидроза, наблюдались у 2 % больных.

Гематологические побочные эффекты проявлялись анемией (12 %), тромбоцитозом (4%), тромбоцитопенией – (4%).

В 8 % случаев был зарегистрирован гепатотоксический эффект, проявляющийся повышением АЛТ и АСТ.

Выводы.

При приеме противоэпилептических препаратов у 35 % пациентов выявлялись побочные эффекты. Они представлены преимущественно нейротоксическими, гематотоксическими, гепатотоксическими побочными эффектами. Частота возникновения побочных эффектов на противоэпилептические препараты зависит от дозы, кратности и длительности применения.

ДОКЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА АНТИДЕПРЕССИВНЫХ СВОЙСТВ ФЛАВОНОИДОВ LOPHANTHUS ANISATUS BENTH

М.В. Щербанева (IV курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель – д.м.н., доц. М.А. Самотруева, д.х.н. А.Г. Тырков

Кафедра ботаники, фармакогнозии и фармацевтической технологии (зав. – д.б.н. Б.В. Фельдман)

Ухудшение экологической обстановки и разнообразные стрессовые факторы оказывают негативное влияние на состояние здоровья людей и являются причиной бурного роста так называемых «болезней цивилизации», сопровождающихся развитием депрессивноподобных расстройств, в связи с чем в настоящее время возрос интерес к разработке новых препаратов, проявляющих выраженные антидепрессивные и анксиолитические свойства.

В качестве возможной основы для создания новых фитопрепаратов интерес представляют флавоноиды, характеризующиеся широким спектром биологической активности [Муравьева Д.А., Самылина И.А., 2002].

В качестве источника флавоноидов наше внимание привлек Лофант анисовый (*Lophanthus anisatus benth.*), обладающий общеукрепляющей, бактерицидной, иммуностропной и др. видами активности.

Целью настоящего исследования было экспериментальное изучение способности флавоноидов Лофанта анисового (*Lophanthus anisatus benth.*), нормализовывать функции ЦНС за счет проявления антидепрессивной и анксиолитической активности.

Оценку антидепрессивной и анксиолитической активности флавоноидов Лофанта анисового проводили на 42 белых беспородных половозрелых крысах-самцах по изучению особенностей их поведения в тесте «Порсолт». Плавающий тест «отчаяния» (Порсолт) предусматривает оценку изменений двигательной

активности животных, указывающих на выраженность депрессивного компонента в поведении [Андреева Н.И., 2005; Соматруева М.А., Теплый Д.Л., Тюренков И.Н., 2009].

Для объективности получаемых данных антидепрессивные свойства изучали на модели экспериментальной депрессии, сформированной путем хронического социального конфликта [Августинович Д.Ф., 2008]. Для этого животных помещали в экспериментальные клетки, разделенные прозрачной перегородкой с отверстиями, по одной крысе на отсек. Ежедневно в течение 10-ти дней во второй половине дня (15.00-17.00 часов) перегородку убрали на 10-15 мин, что приводило к межсамцовым конфронтациям, в результате которых выявлялись победители (агрессоры) и побежденные особи, ежедневно терпящие поражения (жертвы). После каждой конфронтации побежденного самца помещали в незнакомую клетку с другим агрессивным животным за перегородкой. Агрессоры в течение всего эксперимента проживали в своих отсеках. В результате эксперимента были получены агрессоры и жертвы с ежедневным опытом побед и поражений.

В качестве контроля 1 использовали интактных крыс, которых рассаживали в индивидуальные клетки на 5 дней, в течение которых снимался эффект групповых взаимодействий и не развивался эффект изоляции. Контроль 2 составляли крысы с моделью депрессии. Опытная группа была представлена животными с патологией, получавшими флавоноиды Лофанта анисового (75 мг/кг, внутривентрикулярно в течение 10-ти дней). Животные контрольных групп получали дистиллированную воду в эквивалентном объеме. Следует отметить, что самцы контрольной группы 2 и опытной группы также были разделены на агрессоров и жертв.

Исследование проводили в соответствии с существующими международными этическими и научными стандартами качества планирования и проведения исследований на животных [Directive 2004/10/EC on the principles of GLP]. Результаты были обработаны статистически с применением t-критерия Стьюдента с поправкой Бонферрони. Статистически значимыми считали результаты при $p < 0,05$.

Результаты эксперимента представлены в таблице.

Таблица

Влияние флавоноидов Лофанта анисового на поведение животных в тесте «Порсолт»

Экспериментальные группы (n = 8)	Контроль 1 (дист. вода)	Контроль 2 (депрессия у животных с агрессивным типом поведения)	Контроль 2 (депрессия у животных с субмиссивным типом поведения)	Флавоноиды Лофанта анисового + депрессия у животных	Флавоноиды Лофанта анисового + депрессия у животных с субмиссивным
Латентный период до 1-го движения, $M \pm m$, с	5,0 $\pm$ 0,4	12,8 $\pm$ 0,2 Δ	10,4 $\pm$ 0,2 Δ	6,6 $\pm$ 0,2*	8,7 $\pm$ 0,3*
Латентный период до 1-ой иммобильности, $M \pm m$, с	70,7 $\pm$ 5,6	54,5 $\pm$ 4,6 Δ	43,2 $\pm$ 3,5 Δ	83,0 $\pm$ 9,1*	88,8 $\pm$ 7,8*
Иммобильность, $M \pm m$, с	47,4 $\pm$ 6,5	64,5 $\pm$ 7,0 Δ	84,0 $\pm$ 7,1 Δ	27,9 $\pm$ 4,5*	65,6 $\pm$ 1,9*
Пассивное плавание, $M \pm m$, с	18,1 $\pm$ 0,8	38,2 $\pm$ 4,5 Δ	88,7 $\pm$ 7,5 Δ	28,4 $\pm$ 4,5	34,0 $\pm$ 3,8*
Активное плавание, $M \pm m$, с	234,5 $\pm$ 10,9	197,3 $\pm$ 6,3 Δ	127,3 $\pm$ 8,2 Δ	243,0 $\pm$ 8,2*	200,5 $\pm$ 5,3*

Примечание: Δ и * - $p < 0,05$ достоверность различий по сравнению с контролем 1 и с контролем 2 соответственно

В тесте «Порсолт» у животных, подвергшихся воздействию «социальных» конфронтаций (контроль 2), отмечалось изменение соотношения времени «активное/пассивное плавание» в сторону увеличения последнего, а также увеличение периода до первого проявления двигательной активности по сравнению с аналогичными показателями у интактных самцов ($p < 0,05$). Важным свидетельством развития депрессивноподобного состояния у животных в контроле 2 является увеличение продолжительности иммобильности при одновременном снижении латентации до 1-го эпизода «зависания» ($p < 0,05$). В опытных группах под влиянием флавоноидов Лофанта анисового было выявлено достоверно значимое увеличение латентного периода до первой иммобильности, снижение продолжительности иммобильности ($p < 0,05$) по сравнению с группой животных с патологией (таблица). Следует отметить, что наиболее выраженные изменения флавоноиды Лофанта анисового вызывали у животных с агрессивным типом поведения, у которых сформирована депрессия, являющаяся аналогом в клиническом плане «ажитированному» варианту депрессии у людей.

Таким образом, результаты экспериментального изучения влияния флавоноидов Лофанта анисового на психоэмоциональное состояние лабораторных животных свидетельствуют о наличии у них антидепрессивных

свойств, что позволяет рассмотреть их как основу для создания новых препаратов с антидепрессивным действием.

МЕДИКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГЕСТОЗОВ

М.П. Пилавова (V курс, лечебный факультет)
Научный руководитель – к.м.н, доц. Е.А. Орлова

*Кафедра клинической фармакологии с курсом клинической аллергологии и фитотерапии
(зав. – д.м.н., проф. А.Р. Умерова)*

Актуальность темы: гестоз является тяжелой акушерской патологией, которая может привести к неблагоприятным исходам для матери и плода. Встречается в 20-25% случаев среди причин материнской смертности, а перинатальная смертность при этом заболевании в 3-4 раза превышает среднюю. Частота гестозов в среднем колеблется от 2-14%. У женщин с различными соматическими заболеваниями риск возникновения гестозов значительно возрастает (40%).

Цель исследования: провести анализ возникновения и терапии гестозов.

Задачи:

1. Изучить причины и факторы, способствующие возникновению гестозов.
2. Изучить препараты, применяемые при лечении гестозов.

Материалы и методы: был проведен ретроспективный анализ историй болезней 20 пациенток, находившихся на лечении в отделении патологии беременности по поводу гестозов.

Проведенный анализ показал, что в возрасте от 18-24 лет частота возникновения гестозов составляет 30%, от 24 до 29 - 20 %, от 30 до 34 лет - 20%, от 35 до 40 лет - 30%. Анализируя терапию данной патологии, выяснилось, что наиболее часто используются следующие группы лекарственных средств: препараты, улучшающие микроциркуляцию (пентоксифиллин, курантил, рибоксин) гипотензивные препараты (атенолол, допегит, магния сульфат), антианемические препараты (сорбифер, фолиевая кислота).

Выводы: Гестозы чаще встречаются у женщин с имеющейся соматической патологией. Возраст не является ведущим фактором возникновения данной патологии. Осуществляется комплексная терапия гестозов.

АНАЛИЗ РАЗВИТИЯ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ПОБОЧНЫХ РЕАКЦИЙ (НПР) НА ФАРМАКОТЕРАПИЮ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ В ОТДЕЛЕНИИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА (ОСУ)

М.О. Филиппова, А.П. Курьянова
(V курс, лечебный факультет)
Научный руководитель – к.м.н, доц. Е.А. Орлова

*Кафедра клинической фармакологии с курсом клинической аллергологии и фитотерапии
(зав. – д.м.н., проф. А.Р. Умерова)*

У лиц пожилого возраста преобладающей патологией является церебральный атеросклероз проявляющийся дисциркуляторной энцефалопатией и психоэмоциональными расстройствами что требует применения антидепрессантов, транквилизаторов, нейролептиков.

Цель исследования :изучать частоту развития НПР на психомоторные препараты используемые в ОСУ.

Психосоматические заболевания часто выявляются у лиц пожилого возраста и зачастую сочетаются со множественной органической патологией. В результате различных факторов, таких как пожилой возраст, нарушение метаболизма, сопутствующая патология, прием других препаратов, развиваются ожидаемые и неожиданные побочные эффекты.

Как правило, для купирования психических расстройств принимаются следующие препараты: нейролептики, транквилизаторы, антидепрессанты.

Наиболее часто встречаются когнитивные, мнестико-интеллектуальные расстройства у пожилых. Сопутствующая психическая патология не только усугубляет соматическое состояние, но в ряде случаев вызывает необходимость оказывать медицинскую помощь пациентам в специализированных условиях психиатрической клиники.

Нами были проанализированы все случаи госпитализации в ОСУ ГБУЗ АО «ГКБ №5» за пятилетний период (2008 – 2012г.г.).

Всего было проанализировано 2654 истории болезни. Психические расстройства имели место в 59 % случаев. Побочные эффекты при приеме средств, купирующих данное состояние, наблюдались в 20% случаев. Психическое расстройство в большинстве случаев было верифицировано непосредственно в отделении, благо-

даря обязательному консультативному осмотру врача-психиатра всех госпитализированных по показаниям. В ряде случаев патология психики была выявлена на догоспитальном этапе, но она не служила противопоказанием для нахождения в отделении. У 14 пациентов (около 4%) имелась инвалидность по психическому заболеванию.

Средний возраст пациентов исследуемой группы составил $77,9 \pm 0,2$ года.

Среднее пребывание пациентов в группе составлял $- 21,0 \pm 1,3$ дня.

Данные по структуре основного диагноза пролеченных за период с 2008 по 2012 гг.

Основную часть составили пациенты с церебральным атеросклерозом с выраженными проявлениями дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) и психо-эмоциональными расстройствами (I67.2) – 85,0%. Среди остальных основных диагнозов, послуживших основанием для направления пациентов в ОСУ были: выраженные проявления атеросклероза (I70.0) – 10,0%, экстрапирамидные расстройства (болезнь Паркинсона) (G20) – 3,0% и последствия перелома шейки бедра (S72.3) – 2,0 %.

Всем пациентам назначалась патогенетическая и этиотропная терапия: антигипертензивные препараты, дезагреганты, антикоагулянты, ангиопротекторные препараты, антигипоксанты, гиполипидемические препараты, нейротропные, диуретические, общеукрепляющие средства.

При это на отдельные из них выявлены НПР ,к примеру при применении мемпромбата,гидроксизина,диазепама и феназепама замечено 8 случаев нарушения дыхания(апноэ),19 случаевгипотензии.Не маловажное значение имели признаки угнетения со стороны ЦНС(мышечная слабость,притупление эмоций,головная боль,нарушение когнитивнойфункции),их число составило 206 случаев. Так же в ОСУ используются флуоксетин,тианептин,венлафаксин,моклобемит.В результате их применения зафиксированы случаи синдрома отмены, 1 случай серотонинового синдрома ,а так же больные предъявляли жалобы на сухость во рту,диарею,тошноту,тахикардию.

Выводы:

1.При использовании психотропных препаратов необходимо учитывать возраст пациентов и тщательно мониторировать данный вид лечения.

2. При применении психотропных препаратов необходимо снизить до минимума полипрогмазию.

3.Учитывая высокий уровень НПР,необходимо индивидуализировать данное лечение у пожилых пациентов,стараясь использовать новые ,одобренные психотропные средства обладающие более пролонгированным действием и минимальным побочным эффектом.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКОГО ОРГАНИЗМА В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ

ОСОБЕННОСТИ ВАКЦИНАЦИИ У ДЕТЕЙ С ОТЯГОЩЕННЫМ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ АНАМНЕЗОМ

Э.Э. Мамедова, А.А. Магомедова
(V курс, педиатрический факультет)
Научный руководитель – д.м.н., проф. О.А.Башкина

*Кафедра факультетской педиатрии
(зав. – д.м.н., проф. О.А.Башкина)*

Среди медицинских мероприятий, реализуемых в борьбе с инфекционными болезнями, одно из ведущих мест отводится вакцинопрофилактике. Во всем мире она признана как наиболее эффективное, экономичное и доступное средство в борьбе с инфекционными болезнями.

Наиболее проблематичной является вакцинация у детей с наличием в анамнезе аллергических заболеваний. В последние годы отмечается тенденция к увеличению числа необоснованных отказов от вакцинопрофилактики инфекционных заболеваний у детей, страдающих хроническими аллергическими болезнями или имеющих в анамнезе острые аллергические реакции. Это приводит к тому, что дети оказываются незащищенными от наиболее грозных заболеваний детского возраста (дифтерия,корь,столбняк). Это в свою очередь обуславливает повышенный риск летального исхода при управляемых на сегодняшний день инфекционных заболеваниях.[1]

У детей на введение вакцины могут наблюдаться поствакцинальные реакции и поствакцинальные осложнения.

Поствакцинальные реакции делятся на местные и общие. Местные поствакцинальные реакции возникают в месте введения вакцины. Они проявляются отёком и гиперемией, сохраняющимися до 24-48 часов. Лечения не требуют. Сильной местной реакцией считают отёк и гиперемию свыше 8 см в диаметре. Она является противопоказанием для последующего введения этой же вакцины. Общие поствакцинальные реакции проявляются нарушением общего состояния ребёнка, изменением его поведения и сопровождаются лихорадкой. После введения инаktivированных вакцин общие реакции развиваются через несколько часов после прививки (но не позже чем через 48 часов)[3]

К поствакцинальным осложнениям относятся тяжелые и (или) стойкие нарушения состояния здоровья вследствие профилактических прививок, а именно:

- анафилактический шок и другие аллергические реакции немедленного типа; синдром сывороточной болезни;
- энцефалит, энцефаломиелит, миелит, моно(поли)неврит, полирадикулоневрит, энцефалопатия, серозный менингит, афебрильные судороги, отсутствовавшие до прививки и повторяющиеся в течение 12 месяцев после прививки;
- острый миокардит, острый нефрит, тромбоцитопеническая пурпура, агранулоцитоз, гипопластическая анемия, системные заболевания соединительной ткани, хронический артрит;
- различные формы генерализованной БЦЖ-инфекции.[2]

Цель: Выявить частоту встречаемости нежелательных побочных реакций у детей с аллергическими заболеваниями в анамнезе.

Нами было рассмотрено 200 амбулаторных карт детей с аллергическими заболеваниями в ОДКБ им.Силищевой за 2009-2011года. Количество зафиксированных реакций составило 15%. Возраст детей от 3 - 9 месяцев. Преобладали мальчики(80%) над девочками (20%). Было установлено, что в подавляющем большинстве случаев аллергические реакции возникли на введение вакцины АКДС (80%) и в меньшем количестве на введение вакцин АДС-М (10%) и бубо-кокк (10%). Достаточно часто встречались такие реакции, как умеренное повышение температуры, болезненность в месте инъекции, высыпания. Часто наблюдались – продолжительный плач, ухудшение аппетита. Возможны такие аллергические реакции как – отек Квинке, анафилактический шок (у наших больных не встречались).

Отягощенная наследственность отмечалась у 30% детей. Во всех случаях у кого-либо из родных (чаще у мамы или у папы) была отмечена лекарственная аллергия. У одного ребенка наблюдалась пищевая и инсектная аллергия. Сопутствующая патология – ВПС (ДМПП) – у одного ребенка.

Подводя итог , следует подчеркнуть, что наличие хронического аллергического заболевания или острых аллергических реакций в анамнезе не является противопоказанием для иммунизации детей вакцинными препаратами, включёнными в национальный календарь профилактических прививок. Требуется лишь индивидуальный подход к вакцинопрофилактике у этого контингента больных. Он включает объективную оценку состояния ребёнка перед прививкой (характер и тяжесть течения аллергического заболевания, длительность ремиссии, сезонность), тщательный сбор аллергологического анамнеза(акцент на наличие в анамнезе аллергии к компонентам вакцины, анализ реакций и осложнений на предыдущее введение вакцинных препаратов). Базисная противовоспалительная терапия, назначение антигистаминных препаратов коротким курсом до и после введения вакцинных препаратов, соблюдение гипоаллергенной диеты, исключение или ограничение контакта с потенциальными аллергенами в период вакцинации уменьшают вероятность возникновения и тяжесть поствакцинальных аллергических реакций и осложнений у сенсibilизированных пациентов.

РИСК КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ОПЕРАЦИИ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ У ДЕТЕЙ

Н.В. Николаева, А.С. Бисекенова
(VI курс, педиатрический факультет)
Научный руководитель – асс. Т.И.Балашова

*Кафедра госпитальной педиатрии с курсом постдипломного образования
(зав. – д.м.н., проф. Н.С. Черкасов)*

Актуальность: дети с нейросенсорной тугоухостью [НСТ] имеют отклонения в нормальном функционировании сердечнососудистой системы. По мнению ряда авторов, традиционно считается, что дети с нейросенсорной тугоухостью в большинстве своем соматически здоровы [Маркова Т. Г. 2008], поэтому в доступной литературе отсутствуют данные о состоянии сердечнососудистой системы у детей с нейросенсорной тугоухостью. Отсутствуют сведения о частоте встречаемости кардиоваскулярной патологии, её структуре, а также об ЭКГ - феноменах, что приводит к определенным трудностям при решении вопроса о допуске к операции кохлеарной имплантации [КИ] и при последующей подготовке детей к ней. Наличие у ребенка множественных врожденных дефектов развития осложняет установление диагноза конкретной нозологической формы заболевания. Различные по своей этиологии, морфологическому и анатомическому дефекту аномалии развития весьма часто имеют много общих симптомов.

Цель: изучить изменения в сердечнососудистой системе, определить структуру нарушения ритма и проводимости сердца у детей с нейросенсорной тугоухостью для успешной подготовке к операции кохлеарной имплантации.

Материалы и методы: Обследовано 150 детей в возрасте от 1 года до 17 лет, находившихся на оперативном лечении в ФГУ Российском научно-практическом центре аудиологии и слухопротезирования,

прибывших из разных регионов страны. Обследование включало: общеклинические методы, сбор анамнеза по анкете, ЭКГ, ЭХО-КС, суточное мониторирование. Контрольная группа - использованы данные литературы [Белозеров Ю.М., 2004].

Анализ данных показал, что физическое развитие детей не соответствует возрастным нормам у 60 (40,0%) детей с НСТ [Рис.1.]. Более половины детей - 85 (56,6%) имеют различные хронические заболевания. Задержка нервно-психического развития определена у 115 (76,6%) детей.

По данным обследования были выделены дети с отягощенным семейным анамнезом по НСТ и определены следующие типы: спорадические случаи 94 (62,6%), т.е. в семье не было отмечено родственников с нарушением слуха, а ребенок по рождению с нарушением слуха мог быть как первым, так вторым или третьим в семье; нарушение слуха у братьев или сестер определено в 5 семьях (3,3%); тугоухость родственников II-III степени родства - 27 семей (18,2%); тугоухость у одного из родителей - 17 семей (11,3%); оба родителя со снижением слуха - 7 семей (4,9%).

При обследовании сердечнососудистой системы детей с НСТ различные изменения выявлены у 68 детей (45,3%). Врожденные пороки сердца (ВПС) имели 12 (8,0%) детей, тогда как в контрольной группе 1,0% (1:100). В структуре ВПС были представлены: тетрада Фалло - 3 (2,0%); открытый артериальный проток - 1 (0,6%); стеноз легочной артерии - 4 (2,6%); вторичный дефект межпредсердной перегородки 1 (0,6%); дефект межжелудочковой перегородки - 2 (1,3%); anomальное отхождение левой коронарной артерии от ствола легочной артерии - 1 (0,6%).

Выявлены малые аномалии развития сердца у 46 (30,6%) детей. Из них: пролапс митрального клапана с I или II степенью регургитации - 6 (13,0%); открытое овальное окно - 10 (21,6%); удлинение евстахиева клапана - 6 (13,0%); аневризма межпредсердной перегородки - 3 (6,1%); двухстворчатый клапан аорты - 2 (4,3%), дополнительные хорды левого желудочка и различные сочетания аномалий 19 детей (41,2%) [Рис.2].

При анализе ЭКГ определены различные нарушения сердечного ритма: экстрасистолия у 21 (14,0%), брадиаритмии 33 (22,0 %), миграция водителя ритма - 22 (15,0%), блокады проводящей системы сердца - 15 (10,0%). У 27 (18,0%) детей на ЭКГ были зафиксированы признаки синдрома ранней реполяризации желудочков. У 33 (22,0%) детей отмечены метаболические изменения и нарушения процессов реполяризации миокарда желудочков.

Выводы. Дети с нейросенсорной тугоухостью имеют отклонения и в физическом развитии, и в сердечнососудистой системе, в виде нарушения ритма и проводимости. Врожденные пороки сердца среди детей с нейросенсорной тугоухостью встречаются в восемь раз чаще, чем в популяции здоровых. Дети с нейросенсорной тугоухостью имеют большую частоту малых аномалий развития сердца.

Таким образом, дети, направляемые на операцию КИ, должны быть проконсультированы детским кардиологом и при проведении анестезии необходимо учитывать возможности осложнений со стороны сердечнососудистой системы.

СИНДРОМ ГОЛЬДЕНХАРА И ПАТОЛОГИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ

А.С. Бисекенова, Н.В. Николаева
(VI курс, педиатрический факультет)
Научный руководитель – асс. Т.И.Балашова

*Кафедра госпитальной педиатрии с курсом постдипломного образования
(зав. – д.м.н., проф. Н.С. Черкасов)*

Наличие у ребенка множественных врожденных дефектов развития осложняет установление диагноза конкретной нозологической формы заболевания. При синдроме Гольденхара отмечается наличие гемифациальной микросомии, эпibuльбарных тератом, преаурикулярных отростков (околоушных придатков), поперечных расщелин лица, асимметрии черепа и аномалий строения позвоночника. [1]. Частота встречаемости составляет 0,2 на 10 000 родов. Синонимы: окулоаурикуло-вертебральная дисплазия, синдром Гольденхара-Горлина, фациоаурикуло-вертебральная дисплазия.

Со стороны сердечнососудистой системы характерны различные сложные аномалии развития сердца: тетрада Фалло, дефект межжелудочковой перегородки, инверсия желудочков сердца с отхождением аорты и легочного ствола от правого желудочка, атрезия ствола легочной артерии с дефектом межжелудочковой перегородки, полный поддиафрагмальный anomальный дренаж легочных вен и др. Диагноз обычно устанавливается при обнаружении асимметрии лица или расщелины верхней челюсти в сочетании с односторонней микрофтальмией. Могут наблюдаться сочетанные аномалии: трахеопищеводный свищ, эпibuльбарные тератомы, сириногоидромиелия, задержка нервно-психического развития, эктопические или слившиеся почки, агенезия почек, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, обструкция лоханочно-мочеточникового соединения, удвоение мочеточников и мультикистоз почек. Дифференциальный диагноз проводится с синдромом Кауфмана (окуло-церебро-фациальный синдром), акрофациальным дизостозом и ассоциацией

Чарджа. Помимо умственной отсталости у таких пациентов может возникать много осложнений, связанных с верхними дыхательными путями и заболеваниями позвоночника [2].

Цель: На примере наших наблюдений синдрома Гольденхара у детей ознакомить врачей с возможными изменениями в сердечнососудистой системе.

Материалы и методы: Нами наблюдалось 5 детей с данной патологией. Из них было 4 мальчика и 1 девочка. Возраст – 3-5 и 11 лет. Причинами обращения послужили аномалии ушных раковин, наличие преаурикулярных отростков. Врожденные пороки сердца определены у всех детей. Из них: с тетрадой Фалло – 1 ребенок, с дефектом межжелудочковой перегородки - 1 ребенок, с транспозицией магистральных сосудов и отхождением аорты и легочного ствола от правого желудочка - 1 ребенок, с дефектом межпредсердной перегородки с открытым овальным окном - 1, ребенок, с аномальным дренажом легочных вен - 1 ребенок. Нейросенсорная глухота определена у 3 детей. Аномалии лицевого черепа с ассиметрией лица были у всех детей. Сочетание с расщелиной губы и неба были у 2-х детей. На момент обращения операции на сердце и сосудах были проведены 3 -им детям, состояние их было стабильным. У 2-х детей операции отложены. У 2-х детей выявлена патология мочевой системы удвоение мочеточников и мультикистоз почек. (Рис. 1) Мальчик Н. 4 года. Синдром Гольденхара. Аномалии лицевого черепа с ассиметрией лица и расщелиной неба. Врожденный порок сердца, дефект межпредсердной перегородки с открытым овальным окном. Эктопические расположенные почки. Околоушные придатки. Поперечная расщелина лица. Нейросенсорная тугоухость.

Выводы: Таким образом, при определении у ребенка преаурикулярных отростков, поперечных расщелин лица, ассиметрии черепа обязательно проводить обследование для исключения патологии сердечнососудистой системы.

ОПЫТ РАБОТЫ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Ю.К. Моллаева (VI курс, педиатрический факультет)
Научный руководитель – асс. Г.С. Хазова

Кафедра поликлинической педиатрии с курсом семейной медицины (зав. – д.м.н., проф. А.А. Джумагазиев)

Понятие “стационар-замещающие технологии” вошло в нашу жизнь как неизбежность. Недостаточное финансирование - вот что заставило поликлиники искать новые формы организации работы с пациентами, внедрять технологии, более эффективные с точки зрения экономичности затрат на диагностику и лечение больных. Интересен опыт работы дневного стационара детской поликлиники № 1. Его особенность - комплексность. В поликлинике сильная диагностическая и лечебная база, хорошая система реабилитации. Весь этот арсенал средств используется и для пациентов дневного стационара. Результаты работы стационара таковы: у 97 проц. пациентов наступает улучшение, у 1,6 - выздоровление, еще у 1,3 проц. состояние без перемен. Такие результаты, в общем-то, закономерны, ведь контингент больных дневного стационара - это в основном дети, страдающие хроническими заболеваниями. Дневной стационар работает на базе Центра реабилитации и восстановительного лечения (ЦРВЛ) с 2005 года.

За 2012 год в дневной стационар ЦРВЛ поступило 633 ребенка в возрасте от 3 до 18 лет. Среднее пребывание на койке составило 11,8 койко-дня.

По сравнению с 2011 годом выполнение плана по койко-дням составило – 144,8%. План задания на предоставление медицинских услуг дневным стационаром составил 5168 койко-дней (выполнено – 7482).

Анализируя структуру заболеваний, можно отметить стабильное лидерство заболеваний бронхо-легочной системы – 432 случая (68,3%), 402 случая - 75,1% в 2011 г.; в 2010 г. - 260 случаев, что составило 48,3%; в 2009 году - 40,5 %; в 2008 году - 45,8 %, от общего числа заболеваний.

Второй по численности группа больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата – 88 случаев (13,9%), в сравнении с 2011 г. – 4,3%; в 2010 г. – 4,5%, в 2009 году – 1,3 % от общего числа больных.

Третье место – заболевания нервной системы – 54 случая (8,5%), 81 случай в 2011 г. (15,1%); в 2010 году - 33,6% в сравнении с 2009 г. - 38,7%, в 2008 году - 31,7 %.

Четвертой по численности группой являются дети с заболеваниями органов зрения – 33 случая (5,2%), пятое место – заболевания органов пищеварения в 2012 г. – 24 случая (3,8%), 25 случаев (4,7%) в 2011 г., в 2010 году - 13,9% в сравнении с 2009 г. - 19,0%, в 2008 году - 21,1 % от общего числа больных.

По возрастной структуре, преобладающей группой остаются дети от 3 до 15 лет - человек, что составляет 81,5% от общего числа больных.

Сохранилась тенденция к увеличению охвата детей подросткового возраста – 96 человек в 2009 г. 102 ребенка в 2010 г., 110 детей в 2011 году., 112 детей в 2012 г.,

По возрастной структуре, преобладающей группой остаются дети от 3 до 15 лет - человек, что составляет 81,5% от общего числа больных. Сохранилась тенденция к увеличению охвата детей подросткового возраста – 110 детей в 2011 году, 102 ребенка в 2010 г., 96 человек в 2009 г., 78 детей в 2008 г., 65 детей в 2007 году.

Результаты лечения в дневном стационаре: выписано с выздоровлением — в 2012 году на 0,28% больше, чем в 2011 году (3 детей - 0,47%), в 2011 году - 1 ребенок (0,19), в 2010 году - 11 человек (2,0%), в 2009 году - 19 человек - 3,9 % от общего числа больных;

Выписано с улучшением - в 2012 году на 1,4% меньше, чем в 2011 году (604 ребенка - 95,4%), в 2011 году - 521 ребенок (96,8%), в 2010 году - 500 человек (92,1%), в 2009 году - 450 человек - 91,5 % от общего числа пролеченных больных.

Без перемен – в 2012 году на 1,2% больше, чем в 2011 году (26 детей - 4,1%), в 2011 году - 16 детей (2,9%), в 2010 году - 23 человека (4,2%), в 2009 году - 22 человека – 4,5% от общего числа больных,

Переведен в другое отделение (педиатрический участок) – в 2012 году – 0 госпитализаций, в 2011 году не отмечалось данных случаев, в 2010 году - 9 человек – 1,6 % от общего числа больных.

Проанализировав опыт работы дневного стационара на базе ЦРВЛ за 5 лет можно сделать вывод: нужно развивать дневные стационары в амбулаторно-поликлинических учреждениях, потому, что потребность в них увеличивается их существование выгодно как с экономической точки зрения, так и с точки зрения максимального приближения к населению медицинских услуг самого широкого профиля. Дневные стационары ставят на первое место интересы больного и отнимают минимум времени на лечение. Государству, не приходится кроме медицинских услуг предоставлять и «гостиничные»: место проживания, питание, санитарное обслуживание и т. д. Разумеется, речь идет о пациентах, чье состояние не требует круглосуточного врачебного наблюдения и сложных медицинских манипуляций.

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ИММУНИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕННЫМ СОСТОЯНИЕМ ЗДОРОВЬЯ

А.Д. Шигавдинова (VI курс, педиатрический факультет)
Научный руководитель – д.м.н., проф. О.А.Башкина

*Кафедра факультетской педиатрии
(зав. – д.м.н., проф. О.А.Башкина)*

Иммунопрофилактика является наиболее эффективным средством предупреждения инфекционных заболеваний. Массовая вакцинация населения позволила прекратить эпидемии, предупредить смертность и инвалидизацию от управляемых инфекций.

В последние годы появилась возможность профилактики распространённых инфекционных заболеваний (гемофильной инфекции, пневмококковой инфекции, ветряной оспы и др.). Наиболее значимы эти инфекции в раннем детском возрасте, в связи с высокой чувствительностью к ним маленьких детей. Особенную актуальность приобретает проблема профилактики в детских коллективах (домах ребёнка), в связи с тем, что большинство воспитанников имеют существенные отклонения в состоянии здоровья, что усугубляется депривационными факторами. Поэтому такие дети болеют чаще, а болезни переносят хуже, чем «обычные» дети. В закрытом коллективе любая болезнь распространяется стремительно - ведь места, где дети питаются, учатся, играют и спят, являются «общими», и «отделить» ребёнка, у которого начали проявляться признаки простудного заболевания, обычно нет возможности.

В астраханской области за 2012г, по сравнению с 2011г отмечался рост таких инфекции, как скарлатина на 17.8%, ветряная оспа на 9.9%, пневмония и кинэ на 26.6% [пресс-релиз «инфекционная заболеваемость в астраханской области за 1 полугодие 2012».] Все перечисленные заболевания относятся к иммуноуправляемым инфекциям, что требует проведения активной иммунопрофилактики. Предотвращение распространения инфекций с помощью иммунизации, без сомнения, является одним из величайших достижений человечества в области медицины.

Наиболее значимыми по распространению, тяжести течения и последствиям является гемофильная инфекция, пневмококковая инфекция и ветряная оспа.

Пневмококковая инфекция- одна из наиболее распространённых в детском возрасте, характеризуется полиморфизмом клинических проявлений(пневмония, гнойный менингит, сепсис, острые респираторные заболевания, отит), но, в первую очередь, является ведущей из этиологических причин болезней органов дыхания. Пневмококк является ведущим возбудителем внебольничной пневмонии у детей в возрасте от 6 месяцев до 7 лет.

ветряная оспа - наиболее часто встречающаяся «классическая» детская инфекция в мире, нередко протекающая у детей со вторичными бактериальными осложнениями, со склонностью к генерализации и поражению цнс.

Цель: провести оценку клинической эффективности дополнительной иммунизации детей раннего возраста, с нарушенным состоянием здоровья в закрытом детском коллективе.

Задачи:1.сравнить показатели заболеваемости до и после дополнительной вакцинации.2.оценить частоту побочных реакций.

нами была проведена оценка состояния 70 детей раннего возраста, воспитанников сдр №3, г. Астрахани, за 6 месяцев до и через 6 месяцев после вакцинации, проведённой в рамках целевой программы «вакцинопрофилактика в детских дошкольных коллективах»(2012).

На первом этапе проводилась оценка перинатального анамнеза детей, с целью выявления возможных неблагоприятных факторов, могущих оказать влияние на состояние детей в последующем. Нами установлено, что из общего количества матерей страдает алкоголизмом 14%, табакокурением 13%, наркоманией 4% и сифилисом 11%. Также выявили, что 14% женщин во время беременности перенесли ори. Больше половины женщин не стояли на учёте в женской консультации (54%), а у тех женщин, которые находились на учёте выявлена (внутриутробная инфекция в 22% случаев, вирусный гепатит в 9% случаев, туберкулёз в 16% случаев, трихомониаз в 6% случаев, уреоплазма, токсоплазма и цитомегаловирусная инфекция по 3%), из экстрагенитальных заболеваний (хронический пиелонефрит 6%, гипертоническая болезнь 3%, анемия 34%). Такой анамнез значительно повышает риск инфекционных заболеваний у детей.

На втором этапе, перед проведением вакцинации, мы оценили состояние здоровья детей: 100% находились на искусственном вскармливании с раннего возраста, что играет существенную роль в становлении иммунитета. Большая часть детей имели отягощенный анамнез: 1) неврологический (последствия перинатального поражения ЦНС, ГИЗ, токсико-метаболические нарушения ЦНС, задержка психомоторного развития и др.) 100% случаев. 2) аномалии развития: март 51%, впа-дмжп 6%, пупочная грыжа 11%, дисплазия тазобедренного сустава 3%, ретинопатия 14%, болезнь дауна 3%, блд 1%. 3) инфекции: врожденный сифилис 3%, туберкулёз 1%, вирусный гепатит 6%. 4) аллергии: атопический дерматит 9%, пищевая аллергия 1%, острая крапивница 3%. 5) перинатальные: недоношенность 1ст-10%, недоношенность 2ст-4%, недоношенность 3ст-4%, звур 1ст-11%, звур 2ст-9%, 6) анемия 29%, гипотрофия 7%, гипотериоз 1%, желтуха конъюгационная 21%. Присутствие детей в детских организациях закрытого типа, при наличии у них отягощенного анамнеза, ещё больше усугубляет положение детей, в связи с тем, что у ребёнка с таким анамнезом выше риск заболеть. Поэтому проведение вакцинации против иммуноуправляемой инфекции становится необходимостью. В доме ребёнка №3 были привиты вакциной Окавакс 58 детей, Превенаром 47 детей, Пентаксимом 27 детей и пневмо 23 получили 45 детей.

На третьем этапе оценили ход вакцинации и частоту инфекционных заболеваний до и после дополнительной вакцинации (n=70). Таблица 1.

Побочные реакции отмечены только у 2-х детей кратковременное повышение температуры тела до субфебрильных цифр и местная реакция в виде гиперемии.

Выводы: дополнительная вакцинация детей раннего возраста с отягощенным анамнезом против пневмококковой инфекции, ветряной оспы, гемофильной инфекции: 1 способствовала снижению инфекционной заболеваемости, в т. Ч. болезнями органов дыхания. 2 снижению числа осложнённых форм заболеваний (обструктивные бронхиты, ларингиты, пневмонии). 3 отсутствию случаев заболевания ветряной оспой в закрытом коллективе. 4 снижению числа стрептодермий. 5 отличалась низкой частотой и кратковременностью побочных реакций.

ИТОГИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ 14-ЛЕТНИХ ШКОЛЬНИКОВ, ПРОВЕДЕННОЙ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Е.М. Фадеева, Е.А. Евдокимова
(VI курс, педиатрический факультет)
Научный руководитель – д.м.н., доц. Д.А. Безрукова

*Кафедра поликлинической педиатрии с курсом семейной медицины
(зав. – д.м.н., проф. А.А. Джумагазиев)*

Подростковый возраст чрезвычайно важен в физиологическом, психологическом, нравственном и социальном становлении человека. Недаром его считают критическим, трудным периодом. Именно в этот момент завершается формирование основных морфологических, функциональных систем организма, происходит нейроэндокринная перестройка, заметно меняется тонус вегетативной нервной системы, интенсифицируются процессы роста и развития. В силу анатомо-физиологических особенностей подросткового периода, в этом возрасте организм становится незащищенным от воздействия факторов среды, что способствует проявлению хронической патологии [3]. Не последнюю роль в данном аспекте играют недостаточно внимательное отношение к здоровью, как самих подростков, так и их родителей, несоблюдение здорового образа жизни [4, 5].

В последние годы наметилась стойкая тенденция ухудшения здоровья детей и подростков, что приводит, в конечном итоге, к снижению экономического потенциала страны [1, 2]. Одной из причин развития болезней у детей являются факторы загрязнения окружающей среды, проживание в экологически неблагополучном районе. Астраханская область относится к природным геопатогенным зонам, а также к территориям с установленным йодным дефицитом средней степени тяжести [6, 7].

В существующих границах Российской Федерации Астраханская область является единственным субъектом, преобладающая часть территории которого расположена, а население проживает в природно-детерминированной неблагополучной экологической зоне – планетарной впадине, достигающей отметки 28 м

ниже уровня мирового океана. К первично неблагоприятным экологическим условиям на территории области присоединилась высокая антропогенная нагрузка, в т.ч. - выход на полную мощность одного из крупнейших в Европе газовых комплексов – ООО «Астраханьгазпром». Эксплуатация на протяжении более 20 лет Астраханского газоконденсатного месторождения и работа Астраханского газового комплекса сопряжены с угрозой загрязнения атмосферы. Спектр нарушений здоровья, выявляемых у детей из экологически неблагоприятных районов, отличается большим разнообразием. Техногенное загрязнение атмосферного воздуха влияет на состояние всех систем детского организма. Выявлено, что соли тяжелых металлов способны вытеснять йод из щитовидной железы, способствовать развитию ее дисфункций.

Цель исследования: изучить показатели заболеваемости и динамику распределения по группам здоровья за 2011-2012 гг. у 14-летних астраханских школьников по результатам проведенной углубленной диспансеризации в рамках программы модернизации здравоохранения.

Задачи: оценить показатели заболеваемости и распространенности патологии, динамику распределения по группам здоровья 14-летних школьников.

Материалы и методы. За 2011-2012 гг. в общей сложности, осмотрено 1046 школьников г. Астрахани (456 человек в 2011г. и 590 – в 2012г.), всего 496 юношей и 550 девушек. Необходимое углубленное обследование проведено 83 школьникам в амбулаторных условиях.

Результаты и обсуждение. В общей сложности, впервые выявлено 490 случаев болезней (0,83 на 1 ребенка), среди которых лидировали болезни органов пищеварения (157 случаев – 32,04%), болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (120 случаев – 24,49%), болезни глаза и его придаточного аппарата (72 случая – 14,69%). Среди вновь выявленных болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани (70 случаев – 14,29%) значительная доля (67 случаев – 13,67%) принадлежала нарушениям осанки (кифоз, лордоз, сколиоз). Выявлено, что в 2011 году 27 детей (5,92%) имели I группу здоровья, 299 обследованных (65,57%) отнесены ко II группе, 130 школьников (28,51%) принадлежало к III группе здоровья. В 2012 году произошло уменьшение количества детей в I группе здоровья до 4,58% (27 человек), а также во II группе (почти в 2 раза, до 36,78%). Вместе с тем, в 2 раза увеличилось количество детей (341 ребенок) в III группе здоровья (до 57,80%), появились дети в V группе здоровья (5 человек, что составило 0,85%). В 2011 году у ¼ детей (114 человек - 25,00%) выявлена эндокринная патология, в структуре которой доминировали изменения щитовидной железы (отмечены у 83 детей). Все школьники получили необходимое обследование (УЗИ щитовидной железы, исследование гормонального статуса), в результате которого у всех детей с увеличением размеров щитовидной железы определено наличие диффузного нетоксического зоба.

Заключение. Высокая частота впервые выявленных болезней у 14-летних школьников и выявленная негативная динамика состояния их здоровья диктует необходимость дальнейшего охвата данной возрастной категории профилактическими осмотрами, оптимизации проводимых профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И ТЕЧЕНИЯ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ НЕФРОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

И.Н. Куцева (VI курс, педиатрический факультет)
Научный руководитель - к.м.н., доц. Л.И. Дербенева

*Кафедра госпитальной педиатрии с курсом постдипломного образования
(зав. – д.м.н., проф. Н.С. Черкасов)*

Цель исследования: установить особенности клинических проявлений гломерулонефрита (ГН) у детей.

Материалы и методы

45 историй болезни детей в возрасте от 3 до 18 лет, пролеченных в детском нефрологическом отделении ГБУЗ АО ОДКБ им. Н.Н. Силищевой г. Астрахани.

Методы исследования включали: анамнез, оценку клинического статуса, анализы мочи, клинический и биохимический анализы крови, исследование функционального состояния почек, инструментальные методы: УЗИ и доплерография сосудов почек, ЭКГ, по показаниям ЭхоКС, рентгенографию органов грудной клетки. Диагноз верифицировали с учетом стандартов диагностики ГН.

Результаты и их обсуждение

По данным нефрологического стационара за последние 6 лет частота регистрации новых случаев острого гломерулонефрита существенно не изменилась и составляет в среднем 2,3 % от общего количества пролеченных за год больных (Рис. 1).

Снижение показателей в сравнении с 2000 г., наиболее вероятно, связаны не с истинным уменьшением заболеваемости, а с тем, что большее число больных остается лечиться в стационарах в районах области.

Нами проанализированы клиничко-лабораторные проявления и характер течения ГН у больных, взятых путем случайной выборки, лечившихся в нефрологическом отделении в последние 3 года. По возрасту больные

распределились следующим образом: с 3 до 7 лет- 13,3%, 8-12 лет-51,1% и старше 12 лет –35%. Большую часть больных составили мальчики (74%).

У 17,7% больных ГН наблюдался выраженный отечный синдром, достигающий в большинстве случаев степени анасарка, что в совокупности с массивной протеинурией (от 3-20 г/л) и характерными изменениями в протеинограмме позволило диагностировать классический полный чистый(75%) или смешанный (25%) нефротический синдром (НС). Чистый НС наблюдался в основном у детей 3-7 летнего возраста, в то время как смешанный - старше 12 лет. В основном заболевание протекало по общим закономерностям, характерным для этого варианта первичного ГН. У 3 больных диагностирован вторичный НС. У 2 из них - как проявление почечного вовлечения при системной красной волчанке в виде люпус-нефрита, протекавшего по типу злокачественного подострого ГН. Оба диагноза подтверждены высоким титром антинуклеарных антител, а у 1 из них дополнительно данными пункционной биопсии. У 1 больного НС был ассоциированный с цитомегаловирусной инфекцией.

У 6,6% больных основным проявлением заболевания явился мочево-й синдром с преобладанием гематурии, у 2 из них достигавшей степени макрогематурии. У этих детей установление формы ГН в дебюте заболевания вызывало затруднения из-за схожести с другими заболеваниями почек, протекающих с гематурией. В конечном счете, диагноз верифицирован как ГН с изолированным мочево-м синдромом.

Большую часть (77,5%) составили дети с острым нефритическим синдромом, рассматриваемым как вариант классического постстрептококкового ОГН с циклическим течением. Преобладали дети школьного возраста (88,2%), мальчики (64,7 %). У 73,5% больных подтверждена стрептококковая этиология увеличением титра АСЛ-О, в 34% случаев заболеванию предшествовало ОРВИ. «Светлый» промежуток между появлением первых симптомов заболевания и перенесенной накануне инфекцией более продолжительным был при стрептодермии (до 21 дня), относительно коротким - при ОРВИ (до 7 дней). В остром периоде определялся разной степени выраженности синдром азотемической интоксикации (у 62% повышен креатинин и у 78% снижена скорость клубочковой фильтрации) в 11,7 % случаев расцененный как проявления острой почечной недостаточности острого периода ГН. Пастозность и умеренно выраженные отеки в остром периоде регистрировались у всех больных, у 5,8% они были распространенными вплоть до асцита и наличия транссудата в полости перикарда.

91,1% пациентов ОГН в дебюте заболевания имели различные симптомы поражения сердечно-сосудистой системы. Артериальная гипертензия (АГ) была ведущим клиническим симптомом ОГН. Она зарегистрирована у 85,2 % больных, в большинстве случаев (92,5%) с первого дня болезни. Более существенное и продолжительное повышение АД отмечено у детей школьного возраста. В 10,3 % случаев АГ превышала 160/100 мм. рт. ст., что рассматривалось как угроза развития почечной эклампсии. Сочетание выраженной стойкой АГ с клинически значимыми отеками, сопровождалось умеренным расширением границ сердца, преимущественно влево, приглушением 1 тона на верхушке, преобладания потенциалов левого желудочка на ЭКГ, наличием транссудата в полости перикарда. В основном нормализация АД наблюдалась к 10-12 дню, в единичных случаях к концу 3 недели болезни. В 5,8 % случаев в дебюте заболевания развилась острая левожелудочковая недостаточность, вызванная перегрузкой сердца объемом и давлением. Практически у всех больных выявлялись нарушения ритма в виде умеренной тахикардии, непостоянных экстрасистол.

Мочево-й осадок в общей анализируемой группе был представлен протеинурией (100 %), выраженность которой соответствовала клиническому синдрому ГН: более 3 г/сутки при НС. Гематурия разной степени выраженности встречалась в 86,6% случаев, у 28,8 % больных она соответствовала макрогематурии. Почти у половины больных в остром периоде выявлялась умеренная лейкоцитурия, преимущественно лимфоцитарного характера при стерильном бак. посеве мочи. У 48% из них также выявлялось нарушение тубулярных функций в виде гипостенурии, повышение в сыворотке крови уровня мочевины. Данные случаи расценивались как проявления патологического процесса и в тубулоинтерстициальной ткани почек, что утяжеляло течение ГН и отрицательно сказывалось на сроках выхода больных в ремиссию.

Заключение

Установлено, что частота ОГН за последнее десятилетие существенно не изменилась. Начало заболевания ГН чаще приходится на возраст от 8 до 16 лет. Среди детей младшей возрастной группы (до 7 лет) преобладает гломерулонефрит с минимальными изменениями (идиопатический НС). Ведущим этиологическим фактором в развитии ОГН, как и в предыдущие годы, является стрептококковая инфекция. Увеличивается роль острой респираторной вирусной инфекции, способствующей активизации латентной стрептококковой инфекции. Чаще болеют мальчики. В остром периоде ОГН практически у каждого больного имеются проявления вовлечения в патологический процесс сердечно-сосудистой системы. Они носят циклический, обратимый характер, зависят от выраженности гиперволемии и артериальной гипертензии, что необходимо учитывать при назначении лечения. В остром периоде ГН увеличивается число больных с тубулоинтерстициальным синдромом, что должно расцениваться как признак более тяжелого течения и прогноза ГН.

СОМАТОМЕТРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СОСТАВА ТЕЛА ДЕТЕЙ-ВОСПИТАННИКОВ ДОМОВ РЕБЕНКА В СРАВНЕНИИ СО СВЕРСТНИКАМИ, ЖИВУЩИХ В СЕМЬЯХ

А.Д. Азадова (VI курс, педиатрический факультет) Научный руководитель — к.м.н., доц. Д.В.Райский

*Кафедра поликлинической педиатрии с курсом семейной медицины
(зав. — д.м.н., проф. А.А.Джумагазиев)*

Считается, что физическое развитие детей, проживающих в домах ребенка, отличается более низким уровнем развития и упитанности [1, 2]. Суждение об уровне развития и его гармоничности принято делать на основании региональных центильных показателей по основным антропометрическим характеристикам: длине тела и массе тела [3]. Иногда для суждения о гармоничности развития (упитанности) прибегают к определению массо-ростового индекса (ВМІ), который отчасти идентичен своеобразному показателю «плотности» организма, но, тем не менее, формируемый по соотношению массы тела к квадрату роста без учета иных характеристик, не позволяет сделать достоверного суждения о соотношении основных тканей определяющих состав тела (СТ) человека (костная, мышечная, жировая ткань) [5]. Поэтому нередко, ребенок, имеющий признаки гармоничного развития, при трактовке антропометрических показателей может быть отнесен к детям с отклоняющимся развитием, а ребенок с явными клиническими признаками дисгармоничности по тем же показателям оказывается «гармоничным».

Как известно, состав тела человека предопределяется рядом факторов. Наряду с генеалогической предрасположенностью немаловажное значение в формировании костной и мышечной ткани играют нутритивная обеспеченность рациона и уровень повседневной двигательной активности. Поэтому для контроля состава тела в некоторых видах спорта [7] практикуются методы, основанные на соматометрических исследованиях, дополняющих основные антропометрические показатели. Данные антропометрических исследований, проведенных в домах ребенка Астраханской области продемонстрировали, что уровень упитанности, исчисляемый по ВМІ [8] у детей, проживающих в домах ребенка ($n=191$), пониженный и низкий в 35,6% случаев (26,2% – в семьях $n=149$), а повышенный и высокий – в 8,4% случаев (12,8% – в семьях). Известно также, что сироты отличаются более низкими показателями упитанности еще на стадии поступления в дом ребенка и причиной столь низких показателей физического развития признается комплекс социально–биологических факторов, накладывающих отпечаток на здоровье нежеланного ребенка еще в антенатальном и, возможно, пренатальном периоде онтогенеза.

Цель исследования: установить когортные отличия состава тела детей, живущих в домах ребенка от детей, постоянно живущих в семье для суждения о нутритивной обеспеченности детей домов ребенка.

Задачи: по соматометрическим показателям, характеризующим дополнительные характеристики состава тела (СТ), вычислить абсолютные величины и долю костной, мышечной и жировой ткани в составе тела детей от 0 до 4 лет, проживающих в домах ребенка (основная группа) и условно здоровых детей от 0 до 4 лет, проживающих в семье независимо от характера питания (контрольная группа). Установить отличия в группах сравнения.

Материалы и методы. Выполнены соматометрические исследования 191 ребенка от 0 до 4 лет, живущих в домах ребенка (основная группа) и 149 детей от 0 до 4 лет, живущих в семьях. Подбор детей в группы сравнения по возрасту и полу старались приблизить к методу «копия-пара». Критерии исключения – наличие у ребенка грубой органической патологии ЦНС или пороков развития, оказывающих существенное влияние на физическое развитие и повседневную двигательную активность ребенка. Критерии исключения при отборе детей, живущих в семьях – наличие указаний на недоношенность, незрелость ребенка при рождении. Помимо традиционных антропометрических измерений (длина тела, масса тела, окружность головы и окружность груди) калипером Таннера-Уайтхауса измеряли складки кожи и подкожно-жировой клетчатки в 9 точках правой половины тела, сантиметровой лентой – окружности 4 зон верхней и 4 зон нижней конечности на той же стороне. Для расчета основных показателей СТ использовались эмпирические формулы Матейки (Matiegka, 1921 в интерпретации Brodie et al., 1998 и Drinkwater et al., 1986) [4] для вычисления:

- абсолютного количества подкожно-жировой ткани вместе с кожей (D) в СТ: $[D=0.13 * d * S]$, где d – средняя толщина подкожно-жировой складки (Лутовинова и др. 1970); S – площадь поверхности тела, вычисляемая по формулам DuBois / Наускок или по номограммам.

- абсолютного количества мышечной массы (M): $[M=6.5 * L * r^2]$, где L – длина тела; r – средний радиус плеча, предплечья, бедра и голени по данным измерения окружностей конечностей.

- абсолютного количества костной массы (C): $[C=1.2 * Q^2 * L]$, где L – длина тела; Q – средний диаметр дистальных отделов плеча, предплечья, бедра и голени. Вычислена процентная доля каждого из компонентов по отношению к массе тела (MT).

Статистическая обработка данных выполнена с использованием методов непараметрической статистики: критерия Колмогорова-Смирнова, Вальда-Вольфовица, Манна-Уитни в программе Statistica 6.1 [6].

Результаты и обсуждение. По данным 340 выполненных общепопуляционных измерений удельный вес каждого из компонентов СТ распределился следующим образом: На долю мышечной ткани (M%) приходилось

28,13±4,31% МТ; на долю костной ткани (С%) – 16,1±2,85% МТ; на долю кожи и подкожно-жировой ткани (D%) – 26,1±1,54% МТ.

Как видно из табл.1, средние значения удельного веса каждого из компонентов СТ в основной и контрольной группах существенно не различаются. Полученная достоверность различий средних показателей удельной доли кожи и подкожной клетчатки (25%±7% в основной группе и 27%±7% в контроле) утрачивает значимость различий по дисперсии распределения и доверительному интервалу в группах сравнения.

Таблица 1. Средние значения удельных долей компонентов СТ в основной и контрольной группах (в% от массы тела)

	Основная группа n=191	Контрольная группа n=149
Уд.доля М% (M±m)	28%± 5%	28%±4%
Уд.доля С% (M±m)	16%± 3%	16%± 3%
Уд.доля D% (M±m)	25%±7%*	27%±7%

*p=0,006

Рис. 1 демонстрирует Гауссово распределение детей по удельному весу кожи и жировой клетчатки в выборке детей из домов ребенка и в семьях. При этом можно отметить наличие в контрольной группе детей с бесспорными проявлениями ожирения. Очевидно, что именно за счет этих детей столь значимо меняются средние показатели «упитанности» в контрольной группе.

Выводы. Сравнение средних значений и распределения каждого из показателей в выборках детей, воспитывающихся в домах ребенка и в семьях, продемонстрировало отсутствие существенных различий по каждому из компонентов СТ в сравниваемых группах. Исходя из этого, нутритивный статус детей, воспитываемых в домах ребенка, позволяет в полной мере обеспечивать гармоничное развитие каждого из компонентов СТ.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ТРЕНИРОВАННОСТИ ДЕТЕЙ ДОМОВ РЕБЕНКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАГРУЗОЧНЫХ ПРОБ

В.М. Бондарева (VI курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель — к.м.н., доц. Д.В.Райский

*Кафедра поликлинической педиатрии с курсом семейной медицины
(зав. – д.м.н., проф. А.А.Джумагазиев)*

Уровень физической подготовленности – один из компонентов оценки здоровья ребенка, формирующийся под влиянием развивающих занятий является обязательным условием гармонизации личности. Как известно, гиподинамические расстройства, связанные с социальными или индивидуальными ограничениями, проявляются разнообразным симптомокомплексом нарушений [4]. Регулярная мышечная деятельность, повышая уровень тренированности ребенка, способствует активизации анаболических процессов, ускоряет эндогенный синтез белка, увеличивает запас здоровья растущего организма. Физическую подготовленность школьников определяют скрининг-тестами на силу, выносливость, скорость выполнения мышечной работы. Для дошкольников подобных методов не существует по ряду причин: во-первых, моторные навыки дошкольника сугубо индивидуальны и определяются особенностями нутритивной обеспеченности, воспитания, повседневной двигательной активности, педагогической вовлеченности в игровой процесс; во-вторых, дошкольники, зачастую, игнорируют императивные указания на выполнение тех или иных действий и быстро утрачивают интерес при утомлении; в-третьих, уровень вовлеченности дошколят в соревновательные и состязательные мероприятия намного ниже в сравнении с детьми, по возрасту психологически готовыми к обучению [2,5]. Таким образом, проверка уровня физической подготовленности, равно как и уровня тренированности, у детей дошкольного возраста с использованием методик, применяемых у школьников, невозможна, а разработка новых, применимых для данного возраста методик остается актуальной до настоящего времени.

В 2011-2012 гг. нами опубликованы результаты анализа функции сердечно-сосудистой системы (ССС) у 4 летних детей-воспитанников домов ребенка после дозированной нагрузочной пробы (ДНП) [7]. Показатели, отражающие изменение основных параметров сердечно-сосудистой системы после нагрузки, оказались неоднородными у детей, воспитывавшихся в различных условиях, что позволило предположить влияние на них индивидуальных особенностей накопления и выведения продуктов клеточного метаболизма, в частности лактата, в тканях. Лактат – продукт анаэробного гликолиза, его избыток в тканях способствует развитию симптомов утомления. Медленное нарастание, быстрая элиминация из тканей и утилизация лактата напрямую сопряжены с адекватной переносимостью ДНП – уровнем тренированности [3].

Цель: сопоставив динамику показателей регуляторного контура ССС и динамику концентрации лактата в капиллярной крови на фоне адекватной возрасту ребенка ДНП [1] установить роль означенного биохимического

показателя для экспресс-диагностики индивидуальной переносимости этой нагрузки у ребенка 4 летнего возраста.

Задачи: в когорте детей 4 летнего возраста исследовать показатели ССС и лактата в периферической крови до и после ДНП; выявить закономерности изменений уровня лактата и основных показателей, отражающих функцию центрального и вегетативного контуров регуляции системы кровообращения, по уровням достоверности установить значимые ассоциации.

Материалы и методы: в обследовании участвовал 51 ребенок-воспитанник домов ребенка в возрасте от 3 до 4 лет; измерялись антропометрические показатели, время, потраченное на выполнение ДНП, показатели функции ССС (ЧСС, АД) перед проведением и в течение минуты после ДНП; измерялся уровень лактата капиллярной крови с использованием биохимического анализатора Accutrend-Plus перед и через 5 минут после ДНП. К основной группе (0) отнесены дети со снижением лактата крови после нагрузки (n=18). Группу контроля (1) представили дети с постнагрузочным повышением уровня лактата относительно исходных уровней (n=33). Вычисляемые показатели, отражающие регуляцию системы кровообращения [6]: минутный объем крови (MBV) по формуле Тара; распределение MBV на единицу массы тела (MBV/kg); постнагрузочная динамика MBV (dMBV). Статистическая обработка выполнялась в программе «Statistica 6.1» с использованием непараметрических методов сравнения данных с неоднородной дисперсией – критерия Колмогорова-Смирнова и U-критерия Манна Уитни [8].

Результаты и обсуждение. Как следует из табл. 1 у детей основной группы отмечены более высокие уровни преднагрузочного минутного объема крови. После нагрузки различия между средними значениями в группах нивелируется, при том, что доверительный интервал и диапазон между минимальными и максимальными значениями показателя в группе контроля увеличивается вдвое.

Поскольку минутный объем крови – показатель индивидуализированный и у детей с различными антропометрическими характеристиками вариателен, мы сопоставили его относительные производные, отражающую реакцию сосудистой системы на стресс для обеспечения адекватной микроциркуляции единицы объема тела (MBV/kg). Показатель (табл.1), исходно отличаясь большей величиной в основной группе, демонстрирует относительную стабильность средних и медианных значений после нагрузки, в то время, как в контроле отмечено нарастание его средних величин и доверительного интервала. Вышеозначенные изменения показателей, отражающих разнонаправленную реакцию сосудистой системы на стресс, потребовали вычисления и сопоставления количественной составляющей динамики MBV у детей с разнонаправленной динамикой лактата на фоне физической нагрузки.

Как следует из рис. 1, в основной и контрольной группах существуют достоверные различия динамики минутного объема крови, отражающей увеличение минутного выброса крови с целью поддержания эффективности периферического кровотока в единице объема. У детей со снижением уровня лактата в капиллярной крови эффективный кровоток обеспечивался при увеличении минутного выброса не более, чем на 15% от исходных значений, в то время, как у детей основной группы лактат капиллярной крови повышался даже при среднем увеличении MBV/kg более, чем на 40 % от исходного значения, что свидетельствует о более быстром преодолении детьми контрольной группы порога аэробного гликолиза и присоединении у них компенсаторно-приспособительных механизмов в ответ на пробу, интенсивность которой сопоставлялась с аэробным уровнем нагрузки.

Выше означенное свидетельствует, что эффективность функционирования сердечно-сосудистой системы в ответ на физическую нагрузку ассоциирована с динамикой концентрации лактата в периферической крови.

Выводы: снижение уровня лактата после ДНП является прогностически благополучным признаком адекватной ее переносимости без вовлечения компенсаторно-приспособительных реакций регулирования сосудистым руслом. При выявлении нарастания уровня лактата в ответ на ДНП следует делать суждение о ее несоответствии приспособительно-адаптивным способностям ребенка и высокой вероятности активации компенсаторных механизмов поддержания кровотока, т.е. о достижении индивидуального порога тренированности. Таким образом, динамика уровня лактата капиллярной крови в ответ на ДНП может расцениваться, как биохимический маркер экспресс диагностики индивидуального уровня тренированности ребенка.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПИЩЕВЫХ «ПРИСТРАСТИЙ» ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

А.Л. Зацарная (клинический ординатор)
Научный руководитель — д.м.н., проф. А.А.Джумагазиев

*Кафедра поликлинической педиатрии с курсом семейной медицины
(зав. – д.м.н., проф. А.А.Джумагазиев)*

Человек за свою многовековую историю развивался в постоянной борьбе за выживание, в условиях внешней опасности, когда преимуществом была способность долгое время обходиться без пищи, а значит, при малейшей возможности запастись в организме энергию в виде жировой массы (A.Ler-Van, 2001). Именно эта

генетическая предрасположенность откладывать жировой запас с помощью инсулина в сочетании с малоподвижным образом жизни и потреблением высококалорийных продуктов вносят весомый вклад в развитие ожирения.

Другим фактором развития ожирения является влияние внешних условий. В первую очередь семейные традиции, которые формируются родителями. Именно родителям принадлежит ключевая роль в профилактике и устранении проблем, связанных с избыточным весом.

Проведенное под эгидой НИИ питания РАМН эпидемиологическое мультицентровое обследование по изучению распространенности ожирения и избыточной массы тела и факторов их возникновения у детей 5 лет (326 чел), 10 лет (342 чел) и 15 лет (332 чел), обучающихся в детских дошкольных учреждениях и школах г. Астрахани показало, что ожирение и избыточная масса тела встречаются во всех изученных возрастных группах, подтверждая данные литературы о частоте встречаемости этой патологии у детей. Всего было обследовано 1000 детей.

По результатам исследования, составленных рандомным методом, были выделены три группы детей по 23 в исследуемой группе: в первую вошли дети и подростки с избыточной массой тела и ожирением. Методом «копия-пара» была сформирована вторая и третья группы. Вторая включала детей и подростков с нормальной массой тела, а третья - с низкой массой тела.

Программа детального обследования на одном из этапов работы состояла из изучения анамнестических данных и пищевого рациона с избыточной массой тела и ожирением.

Результаты и их обсуждение: При сравнительном анализе пищевого рациона детей выявлено, что в группе у детей с ожирением преобладают продукты животного происхождения над растительными, отмечается частое употребление сладкого в пищу, мучных изделий

В группе с нормальной массой тела преобладает употребление хлебобулочных изделий, фруктов, молочных продуктов, жиров растительного происхождения. При этом, овощи и рыба, которые богаты ценными нутриентами (витаминами и микроэлементами), необходимыми для правильного обмена веществ, являются редкими продуктами потребления.

В 3 группе детей отмечается высокое употребление в рационе пищи растительного происхождения, фруктов, снижение употребления хлебобулочных изделий, сладкого и мяса птицы.

При приготовлении блюд во всех трёх группах опрошенных предпочитают варёные блюда.

Следует отметить, что в 3 исследуемых группах в стакан чая большинство детей добавляют 2 чайной ложки сахара, но вместе с тем встречаются случаи употребления детьми из 1 группы чая с добавлением 4 чайных ложек сахара.

В рацион питания в исследуемых группах входит острая пища.

Большинство опрошенных родителей утверждают, что предпочитают кормить ребёнка не жирными блюдами.

Заключение: Таким образом, при сравнительной характеристике пищевых «пристрастий» позволяют сделать вывод о несбалансированном питании детей во всех исследуемых группах. Дисбаланс в питании был наиболее выражен в 1 и 3 группах. Поэтому на первое место встаёт вопрос о целесообразности обучения родителей и детей принципам рационального питания, которое должно быть сбалансированным, регулярным, дробным, с правильным распределением калорийности в течение суток, разнообразным с учётом вкуса и кулинарных возможностей, включающим свежие фрукты и богатые клетчаткой овощи.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ У ДЕТЕЙ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

М.Д. Расулов (V курс, педиатрический факультет)
Научные руководители – к.м.н., доц. Д.Ф. Сергиенко

*Кафедра факультетской педиатрии
(зав. – д.м.н., проф. О.А.Баикина)*

Актуальность проблемы: Заболевания с бронхообструктивным синдромом являются одними из наиболее часто встречающихся в клинике детских болезней.

Цель работы: Определить частоту встречаемости данной патологии у детей.

Материалы: Истории болезней детей за 6 месяцев (июль-декабрь 2012г.) из архива отделения пульмонологии ДГКБ №2

Результаты: За анализируемый период данная патология наблюдалась у 318 больных. Из них:

Распределение в зависимости от возраста

	Обструктивный бронхит	Муковисцидоз	Бронхиальная астма
Период преддошкольного возраста	23	2	8
Период дошкольного возраста	43	2	68
Период младшего школьного возраста	9	1	87
Период старшего школьного возраста	3	2	70
Итого	78	7	233

Распределение в зависимости от пола

	Обструктивный бронхит	Муковисцидоз	Бронхиальная астма
Мальчики	40	4	152
Девочки	38	3	81

Распределение больных бронхиальной астмой по районам Астраханской области

Ахтубинский район – 2

г.Астрахань – 125

Володарский район – 22

Енотаевский район – 3

Икрянинский район – 11

Камызякский район – 16

Красноярский район – 16

Лиманский район – 4

Наримановский район – 10

Харабалинский район – 2

Черноярский район – 2

Приволжский район – 19

У больных бронхиальной астмой наряду с основным заболеванием наблюдалась аллергия (данные за июль):

	Медикаментозная аллергия	Бытовая аллергия	Пищевая аллергия	Пыльцевая аллергия
Период преддошкольного возраста	-	1	1	-
Период дошкольного возраста	5	3	9	5
Период младшего школьного возраста	5	5	9	5
Период старшего школьного возраста	5	2	6	6
Итого	15	11	25	16

Также у больных отмечаются сопутствующие заболевания (данные за июль):

- Аллергический ринит – 24 случая (из них во втором возрастном периоде – 8; в третьем – 7; в четвертом – 9;)
- Гайморит – 9 случаев (из них во втором возрастном периоде – 4 случая, в третьем – 3; в четвертом – 2)
- Аденоиды – 3 случая (все три во втором возрастном периоде)
- Хронический тонзиллит – 1 случай (второй возрастной период)
- Острый риносинусит – 1 случай (второй возрастной период)

В 42%(98 чел.) случаях в анамнезе у родственников наблюдалась бронхиальная астма:

- У брата 4,7% (11 случаев)
- У сестры 3% (7 случаев)
- У отца 4,7% (11 случаев)
- У матери 6,8% (16 случаев)
- У бабушки 6,8% (16 случаев)
- У бабушки 9,8% (23 случая)
- У тети 2,1% (5 случаев)
- У дяди 1,7% (4 случая)
- У прадедушек 2,1% (5 случаев)

Выводы Из всех клинических форм бронхообструктивного синдрома чаще всего встречается бронхиальная астма. Бронхиальная астма чаще встречается у детей младшего школьного возраста. Обструктивный бронхит чаще встречается у детей дошкольного возраста. По половому признаку бронхиальная астма чаще встречается у мальчиков (62,2% случаев). В остальных клинических формах наблюдается равенство. Бронхиальной астмой чаще болеют дети г. Астрахани, а из районов чаще всего Володарский и Приволжский районы. У больных с бронхиальной астмой наблюдается из сопутствующих заболеваний чаще всего аллергический ринит. Чаще всего у больных бронхиальной астмой наблюдается пищевая аллергия(37,3% случаев)

ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЫ У ДЕТЕЙ

М.М. Гаджиева, К.В. Шакушева
(V курс, педиатрический факультет)
Научный руководитель – д.м.н., проф. О.А.Башкина

*Кафедра факультетской педиатрии
(зав. – д.м.н., проф. О.А.Башкина)*

Актуальность проблемы крапивницы у детей обусловлена тем, что она может быть симптомом самых разных по механизму и прогнозу болезней, что и определяет сложность ее классификации, диагностики и терапии. Отсутствие постановки правильного диагноза не позволяет своевременно начать проводить адекватную терапию.

Цель работы: Уточнить этиопатогенетические факторы острой и хронической крапивницы у детей.

Результаты: Проанализированы истории болезни больных с крапивницей, находившихся на стационарном лечении в АМОКБ в отделении аллергологии за период с 1 января по 31 октября. Из 898 больных крапивница диагностировалась у 97(10,8%), из них у 6(0,7%) – первичная крапивница, у 91(10,1%) – вторичная. У 75,3% (73) больных крапивница протекает с острым течением, у 9 (9,3%) – с хроническим, у 15(15,4%) – с рецидивирующим.

Причиной возникновения крапивницы в 44,3% (43сл.) является пищевая аллергия, в 36,1% (35сл.) – медикаментозная аллергия, в 1,03,% (1сл.) – холодовая, в 2,1% (2сл.) – холинергическая, в 3,1% (3сл.) – солнечная. в 15,5% (15сл.) – аллергическая.

Крапивница часто наблюдается при хронических заболеваниях ЖКТ, поджелудочной железы, печени, паразитарных заболеваниях и болезнях крови. Проведенный нами анализ историй болезни больных крапивницей показал, что частота встречаемости хронических гастродуоденитов и ЯБЖ у таких пациентов составила 38,5% (38сл.), паразитарной инвазии – 23,1% (21сл.). При УЗ-исследовании выявлены: реактивные изменения печени у 5,5% больных, реактивные поджелудочной железы – у 31,9%, перегиб желчного пузыря – у

6,6%. Клинически и по данным анамнеза синдром раздраженного кишечника наблюдается в 3,3,%сл. На фоне ОРВИ крапивница наблюдается у 6,6% больных. И в 1,1% сл. - при укусе насекомых.

Выводы: Наиболее часто крапивница протекает остро,наблюдается при хронических заболеваниях ЖКТ и при паразитарных инвазиях. По литературным данным такую большую частоту можно связывать с неспецифической либерацией медиаторов из клеток мишеней аллергии , в первую очередь гистамина,который повышает проницаемость сосудистых стенок,расширяет капилляры, следствием чего является отек сосочкового слоя дермы. Частыми причинами возникновения крапивницы являются медикаментозная (НПВС,антибиотики, витамины) и пищевая аллергия.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

Т.В. Кириенко (VI курс, педиатрический факультет)
Научный руководитель – к.м.н., асс. Р.А. Садретдинов
Кафедра дерматовенерологии
(зав. кафедрой – проф. Рассказов Н.И.)

Проблема атопического дерматита (АД) приобретает все большее значение в современной медицине. Рост заболеваемости в последнее десятилетие, хроническое, с частыми рецидивами течение, недостаточная эффективность существующих методов лечения и профилактики сегодня ставят это заболевание в ряд наиболее актуальных проблем дерматологии.

Атопический дерматит – наследственное, иммуно-нейро-аллергическое, хроническое рецидивирующее воспалительное заболевание кожи, обусловленное атопией, проявляющееся интенсивным зудом, симпатергической реакцией кожи (белым дермографизмом), преимущественно эритематозно-лихеноидными высыпаниями, в сочетании с другими признаками атопии.

В 1923 г. американские аллергологи А.Ф. Соса и R.A. Cooke, желая описать необычный тип гиперчувствительности к различным веществам окружающей среды, который возникал только у людей и чаще встречался в семьях без явной предшествовавшей сенсибилизации, обратились за помощью к филологу Ретгу из Колумбийского Университета. Он и предложил ученым использовать термин «атопия», в переводе означающий «не на своем месте» или «странный» [1]. Под атопией понимают наследственную предрасположенность к аллергическим реакциям в ответ на определенные антигены. Первым появившимся в литературе «атопиком» был император Октавий Август, у которого был описан крайне выраженный зуд, сезонный ринит и стесненность дыхания. Кроме того, детально описан и семейный анамнез: его внук, император Клавдий, страдал от симптомов риноконъюнктивита, а внучатый племянник, Британик – от аллергии на эпителий лошади [2]. Уже более 80 лет термин «атопия» используется во всем мире, хотя и является порой предметом дискуссий.

Следует отметить, что в отечественной научной медицинской литературе долгое время в качестве синонима АД доминировал термин «диффузный (распространенный) нейродермит». Однако в настоящее время некоторые авторы не признают полной синонимичности этих терминов. Так, Ю.К. Скрипкин (1995) относит АД к группе нейродерматозов, используя термин «нейродермит», что отражает значимую роль невrogenного фактора в патогенезе заболевания [3].

АД является чрезвычайно распространенным и зачастую тяжело протекающим дерматозом. Его частота в структуре кожных заболеваний, по разным данным, составляет от 20 до 40%. Результаты эпидемиологических исследований показывают, что АД чаще встречается у молодых людей, чем у взрослых. Болеют оба пола, несколько чаще женщины. АД возникает у людей всего мира и у всех рас. В течение последних десятилетий распространенность заболевания значительно увеличилась. Например, в Дании общая заболеваемость близнецов в возрасте до 7 лет, рожденных с 1960 по 1964 г. составляла 3%. А у близнецов, рожденных с 1970 по 1974 г., этот показатель уже увеличился до 10%.

Симптомы АД у детей отмечаются в возрасте до 1 года – в 38%, от 1 до 2 лет – в 30%, от 3 до 7 – в 24%, старше 7 лет – в 8% случаев. В течение последних десятилетий наблюдается существенный рост заболеваемости АД, усложняется его течение, отягощается исход. АД часто сочетается с другими аллергическими заболеваниями – с бронхиальной астмой в 34 %, аллергическим ринитом в 25 %, поллинозом в 8 % случаев [4].

Различные факторы окружающей среды, несомненно, являются триггерными факторами АД у предрасположенных людей. Так, контактные раздражители и аллергены (мыла, растворители, одежда из шерсти, механические раздражители, детергенты, консерванты, ароматизаторы) повреждают кожный покров, вызывают раздражение и воспаление, создавая благоприятные условия для дальнейшего воздействия факторов окружающей среды. Среди ингаляционных триггерных факторов чаще всего отмечаются домашняя пыль, пыльца цветущих растений, плесень и перхоть человека и домашних животных. Основным источником

аллергенов в домашней пыли является клещ *Dermatophagoides pteronyssinus*, причем основной аллергенностью обладают фекалии клеща. При контакте с аэроаллергенами развивается эозинофилия в крови, увеличивается уровень IgE, повышается выделение гистамина тучными клетками и увеличивается активность Th2 звена иммунной системы. Микробные агенты типа *Staphylococcus aureus*, *Pityrosporum ovale*, грибов рода *Candida* могут не только повреждать кожный барьер, но и поддерживать уровень IgE (опосредованные аллергические реакции) посредством выработки так называемых суперантигенов, и таким образом, выступать в качестве триггерных факторов АД.

Целью нашего исследования явилась разработка комплекса мероприятий по профилактике обострений АД. Актуальность проводимого исследования, обусловленная высокой частотой и ростом распространенности АД у детей и подростков г.Астрахани и Астраханской области, низким качеством жизни, проживанием на территории с йодным дефицитом и наличием антропогенной нагрузки, что и побудило к созданию программы профилактики atopической патологии.

Нами проведен анализ заболеваемости АД в Российской Федерации и Южном Федеральном округе (ЮФО). По результатам ВОЗ в России в 2012 г. с АД было выявлено мальчиков 56,5%, девочек – 43,4%. Детей в младенческом возрастном периоде – 5,3 %, в детском – 68,1%, в подростковом – 26,6%. Наследственная предрасположенность имела место 25% больных детей. В большинстве случаев 92% заболевание начинается в раннем детском возрасте. В 78% случаев обострения зависят от времени года. Ежегодные рецидивы наблюдаются в 90%. В ЮФО было выявлено мальчиков 60,3%, а девочек – 39,7%. Детей в младенческом возрастном периоде – 6,5 %, в детском – 65,4%, в подростковом – 28,1%. Изучение прогноза АД в Астраханской области также свидетельствует о росте данного заболевания в ближайшем будущем, как у детей (с 654,27 в 2008 году до 748,77 на 100 тысяч населения – в 2013 году), так и у подростков (с 510,91 в 2008 году до 663,57 на 100 тысяч населения – в 2013 году), т.е. к 2013 году распространенность АД среди детей Астраханской области возрастет в 1,14 раза, у подростков – в 1,3 раза.

В связи с этим актуальным является разработка алгоритма мероприятий по профилактике обострений АД: 1. Нижнее белье должно быть из мягких натуральных тканей, но ни в коем случае не из шерсти. 2. Для стирки следует выбирать специальные стиральные порошки для людей, склонных к аллергии. 3. Нельзя оставлять открытыми места, покрытые высыпаниями, их следует прикрывать. 4. Необходима довольно высокая влажность в комнате, а также температура воздуха не более 22°C. 5. В любое время года нужно стараться предотвращать усиленное выделение пота: не одеваться слишком тепло, не перегружаться физически. 6. В период ремиссии каждый день следует принимать ванну или душ на протяжении четверти часа. Температура воды должна быть 30-32°C. Не следует применять хлорированную воду, ее можно отстоять или пропустить через очистное устройство. 7. Для личной гигиены следует применять только гипоаллергенные шампуни и гели для душа, не включающие в себя мыло. 8. При мытье и вытирании следует быть как можно более аккуратным, не царапать и не растирать кожу. Для высушивания лучше промокать ее полотенцем. 9. Тотчас после водных процедур обработать тело специальными препаратами для смягчения и увлажнения. Наиболее требовательны к подобным мерам кожа кистей рук и лица. При необходимости следует обрабатывать кожу до четырех раз в сутки.

Таким образом, на наш взгляд, существует два основных правила по уходу за кожей больных с АД и их вариации, зависящие от фазы болезни (острой, подострой и хронической): устранение сухости кожи и восстановление поврежденного липидного слоя кожи, а также исключение (ограничение, по мере возможности) воздействия на кожу раздражающих факторов.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОК С УГРЕВОЙ БОЛЕЗНЬЮ

М.С.Азарян, А.Е. Горбань (IV курс, лечебный факультет)
Научный руководитель – к.м.н., асс. Р.А. Садретдинов

*Кафедра дерматовенерологии
(зав. – д.м.н., проф. Н.И. Рассказов)*

Угревая болезнь (УБ) – генетически обусловленное длительно протекающее полиморфное многофакторное заболевание кожи, сальных желез и волосяных фолликулов. В современном аспекте угревая болезнь рассматривается как полиэтиологическое заболевание не только сальных желез кожи, но и всего организма в целом.

УБ относится к одному из самых распространенных заболеваний кожи. Стоит отметить, что в последние годы растет число женщин с поздними формами акне. По данным различных исследований, доля пациенток с угревыми высыпаниями в возрасте 25–40 лет составляет 40–54% [1]. Одним из главных вопросов, обсуждаемых в литературе по поводу *acne tarda*, является возраст пациентки, с которого мы можем говорить о диагнозе поздних акне. Большинство отечественных и зарубежных специалистов сходятся во мнении, что это возраст 25

лет, в независимости от того, был ли это дебют заболевания или это постоянно рецидивирующие длительно существующие угревые высыпания, продолжающиеся с подросткового периода. У большинства женщин с *acne tarda* (около 80%, по разным данным) – это непрерывное (персистирующее) течение акне, начиная с пубертатного периода; реже встречаются акне позднего дебюта, возникающие после 25 лет и старше (20–40% случаев), и, наконец, наиболее редкая форма поздних акне – рецидивирующие акне или акне со «светлым промежутком», дебютирующие в подростковом возрасте, которые характеризуются длительным периодом ремиссии и вновь появляются в зрелом возрасте. Среди клинических проявлений УБ у женщин наиболее распространена папулопустулезная форма – у 70–80% больных акне, комедональная форма и самое тяжелое проявление акне – конглобатные угри – встречаются у 15–20% больных. В отличие от подростковых угрей, характеризующихся, как правило, распространенностью патологического процесса, преобладанием среднетяжелых и тяжелых форм заболевания, при поздних акне у большинства больных диагностируется комедональная и папулопустулезная форма заболевания.

Следует также отметить, что у больных с поздними формами акне помимо угревых высыпаний отмечаются признаки обезвоживания кожи вследствие предшествующего медикаментозного лечения, нерационального базисного ухода, а также фоновых возрастных изменений кожи. Длительное торпидное течение и нерациональная терапия заболевания часто приводят к проявлениям постакне: рубцовым изменениям и поствоспалительной гиперпигментации [2].

Акне относится к особой группе кожных заболеваний – психосоматическим дерматозам, при которых велика роль психоэмоциональных нарушений, связанных с проблемой «дефекта внешности», что особенно выражено у женщин и девушек. Локализация дерматоза на открытых участках кожи приносит пациенткам глубокие психологические страдания, снижая самооценку, негативно влияя на качество жизни, социальный статус, профессиональную деятельность, личную жизнь. В структуре общей заболеваемости тревожно-депрессивными расстройствами больные акне, по некоторым данным, занимают второе место, опережая по этому показателю многие соматические и кожные заболевания, включая даже больных с онкологической патологией. Пациенты с акне демонстрируют более высокий уровень тревоги и депрессии по сравнению с другими дерматологическими больными. 30% девочек-подростков и 5% взрослых женщин нуждаются в активной психолого-психиатрической помощи [3]. Британской ассоциацией дерматологов было установлено, что этот вид дерматоза увеличивает риск суицидальных попыток. Элементы самоповреждающего поведения, в ряде случаев приведшего к завершению суицида, чаще наблюдались при акне, псориазе, экземе и крапивнице. Пациенты с акне имеют высокий риск попыток самоубийства, а также могут нести угрозу для своих лечащих врачей. По данным J.K. Tap и соавт., женский пол, зрелый возраст, длительность (более 5 лет) заболевания являются дополнительными факторами, оказывающими негативное влияние на качество жизни женщин, существенно снижая его.

Для определения влияния заболевания на качество жизни пациенток нами проведено комплексное исследование качества жизни женщин больных угревой болезнью в возрасте 16–45 лет, находившихся на стационарном лечении в Астраханском областном кожно-венерологическом диспансере (АОКВД) за период сентябрь–май 2012–2013 гг. Основным инструментом явилась анкета, составленная по всем правилам маркетингового исследования и содержащая 15 вопросов открытого и закрытого типа. Диагноз основывался на комплексе клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования. Контрольную группу составили клинически здоровые лица в возрасте 16–40 лет.

Полученные данные свидетельствовали о том, что пациентки с акне являются наиболее психологически уязвимыми, среди лиц с акне отмечалось большое число (64%) неработающих женщин, с неустроенной личной жизнью. У 40% пациенток кожное заболевание, сопровождающееся косметическим дефектом, приводило к снижению их социального статуса и негативным образом отражалось на профессиональной деятельности. Психоэмоциональные расстройства различной степени выраженности наблюдались у 41,3% больных женщин. Было выявлено, что депрессивная симптоматика, вызванная акне, чаще встречается и имеет более выраженный характер у женщин по сравнению с мужчинами. Данные литературы, свидетельствующие о наличии взаимосвязи между стрессогенными факторами и возникновением акне, довольно противоречивы. Так, Goulden и соавт. выявили, что только 12% из 71% женщин, у которых стресс являлся причиной акне, называют его провоцирующим фактором заболевания. В то же время Poli, Dumont–Wallon и соавт. отметили, что стресс является одним из существенных факторов, провоцирующих возникновение угревых высыпаний у женщин, он выявлялся как триггерный фактор в 34–50% наблюдений. Обострение акне чаще наблюдались зимой (45%) и весной (55%). К ухудшению течения заболевания приводили: постоянная механическая травматизация кожи (выдавливание угрей, частое мытье с мылом), негативное воздействие внешней среды (загрязнение кожи маслами, пылью), прием ряда медикаментов (стероидные гормоны, галогенсодержащие препараты, антидепрессанты), неадекватно подобранная линия косметических средств по уходу за кожей. Солнечное облучение у большинства пациенток оказывало благоприятное влияние на течение акне и способствовало частичному разрешению угревых высыпаний, однако у 8% пациенток интенсивная инсоляция вызывала обострение заболевания. В последнее время появились публикации о влиянии пищевых продуктов на появление угревых высыпаний. Так у части пациенток (45%) имели место те или иные погрешности в диете.

В наших исследованиях была отмечена и роль табака в развитии акне. Было отмечено, что курящие женщины (65%) имели более тяжелые формы акне по сравнению с некурящими.

Таким образом, тактика ведения женщин с акне требует междисциплинарного взгляда на проблему с учетом всех возможных факторов заболевания и привлечением ряда смежных специалистов. Терапия акне должна назначаться с учетом дерматологического, гормонально–эндокринного и психоэмоционального состояния женщины и воздействовать на основные патогенетические звенья заболевания. При назначении лечения необходимо также учитывать социальный, профессиональный статус женщины и возможность соблюдения курса лечения.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕТИНОЛА АЦЕТАТА ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ КОЖИ

А.И. Семенец, А.М. Глушко (III курс, лечебный факультет)
Научный руководитель – к.м.н., асс. Р.А. Садретдинов

*Кафедра дерматовенерологии
(зав. – д.м.н., проф. Н.И. Рассказов)*

В терапии кожных болезней витамины играют важную роль как общефизиологические факторы, способствующие выздоровлению, и как лечебные средства, обладающие разнообразными фармакодинамическими свойствами. Витамины относятся к разным группам органических соединений и представляют собой добавочные вещества необходимые для нормальной жизнедеятельности организма.

Они являются катализаторами жизненно важных процессов, активно участвуют в деятельности нервной и эндокринной систем. Для роста и развития организму необходимо очень небольшое количество витаминов, но поступать они должны систематически, так как в организме человека витамины, как правило, не синтезируются. Исключение составляют витамин D2 и некоторые витамины группы В, образуемые в кишечнике микробами-сапрофитами. Витамины тесно взаимодействуют с ферментами и гормонами [1].

В подавляющем большинстве случаев применение витаминов является лишь составной частью, иногда весьма важной, комплексного лечения больных кожными заболеваниями. Ниже рассмотрены применяемые в дерматологии витамины.

Витамин А регулирует процессы ороговения и дифференциации эпидермиса, участвует в построении клеточных ядер. Он является как бы защитником эктодермы, а следовательно, кожи и слизистых оболочек полости рта, глаз, половых органов и др. Антиинфекционные свойства витамина А обусловлены его влиянием на процессы формирования иммунитета. Дефицит витамина А приводит к развитию сухости кожи и гиперкератозов, прежде всего фолликулярного характера. При выраженном гиповитаминозе А развивается фринодерма, или жабья кожа, характеризующаяся общей сухостью кожного покрова и образованием, главным образом на разгибательных поверхностях конечностей, преимущественно в области локтей и колен, групп плотноватых фолликулярных узелков цвета кожи, не вызывающих субъективных ощущений [2].

Основными показаниями к применению витамина А являются диффузные и фолликулярные кератозы, в том числе ихтиоз, ихтиозиформная эритродермия, красный фолликулярный кератоз, надбровная рубцующаяся эритема, волосистой лишаи, ладонно-подошвенная кератодермия, старческий кератоз, старческая кератома, монилетрикс, лейкоплакия, красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта; вегетирующий фолликулярный дискератоз; красный волосистой лишаи; преанкротозные дерматозы; крауроз вульвы, полового члена; синдром Шегрена; ксероз; сухая себорея волосистой части головы и начальные формы преждевременного выпадения волос.

ЭКОНОМИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ СИСТЕМНОЙ ТЕРАПИИ ОНИХОМИКОЗОВ

Д.А. Качура (III курс, лечебный факультет)
Научный руководитель – к.м.н., асс. Р.А. Садретдинов

*Кафедра дерматовенерологии
(зав. – д.м.н., проф. Н.И. Рассказов)*

Грибковые инфекции ногтей были предметом широких исследований на протяжении всего XX века, особенно второй его половины. В последние годы были проведены масштабные исследования эпидемиологии, этиологии, клинических особенностей заболевания и эффективности его терапии. Тем не менее, проблема онихомикозов и сегодня остается весьма актуальной. Несмотря на наличие современных средств диагностики, нескольких десятков противогрибковых средств, распространенность заболевания остается повсеместной, а лечение далеко не всегда оказывается эффективным и предохраняет от рецидивов.

Онихомикозы поражают преимущественно лиц среднего и пожилого возраста. Распространенность онихомикозов возрастает с 3 % у детей и подростков до 45 % у пожилых лиц. При анализе российского было установлено, что средний возраст больных составлял 47 лет (в остальных европейских странах – около 44), а доля пациентов старше 65 лет – 29,9 % (в Европе – 18 %), что свидетельствует о наличии отечественных эпидемиологических особенностей онихомикоза.

Основными предрасполагающими к онихомикозу факторами являются периферические ангиопатии (21 %), ожирение (17 %) и различные деформации стопы (15 %). Четвертым (8 %) по значимости фактором оказался сахарный диабет, при котором распространенность заболевания возрастает в 3 раза [1].

Поражение ногтей при онихомикозе, как правило, является вторичным по отношению к инфицированию кожи, окружающей ноготь. Можно выделить два основных источника заражения – семейный, при заражении от одного пораженного микозом стоп или онихомикозом члена семьи другого, и общественный, при заражении в местах общего пользования (бассейны, спортивные залы, сауны и др.). Со вторым источником связана высокая распространенность онихомикоза у шахтеров, металлургов, спортсменов, военнослужащих.

Известны 3 группы возбудителей онихомикозов: дерматофиты, дрожжевые грибы рода *Candida* и плесневые грибы-недерматофиты.

Патогенез онихомикоза определяется, с одной стороны, особенностями анатомического строения и физиологии органа ногтя и составляющих его тканей, а с другой – особенностями гриба-возбудителя. Недооценка значения любого из этих факторов до недавнего времени приводила к ошибочным выводам в отношении подходов к лечению больных онихомикозами.

Для выбора правильного подхода к лечению онихомикоза врачу приходится брать в расчет сразу несколько факторов и, прежде всего, форму заболевания. Например, при поверхностной форме онихомикоза достаточно проведения местной терапии, которая неэффективна при проксимальном подногтевом онихомикозе. Дополнительные факторы обуславливают стратегию лечения при дистальной форме онихомикоза. Так, при поражении, захватывающем лишь часть ногтя у свободного края, можно ограничиться местной терапией, тогда как при распространенном поражении не обойтись без системной терапии. При выраженном гиперкератозе проведение одной системной терапии недостаточно, и ее следует сочетать с местной (комбинированная терапия). Объем лечения зависит и от того, где поражены ногти – при вовлечении ногтей на стопах потребуется наиболее длительная схема терапии. Особенность онихомикоза в России – большая доля пожилых пациентов – заставляет учитывать и возрастной фактор.

Выбрав подход к терапии, врачу остается предложить своему пациенту препарат для осуществления намеченной программы лечения. Современный выбор средств лечения онихомикоза достаточно широк. Однако далеко не все из них являются приемлемыми при большинстве клинико-этиологических вариантов онихомикоза. Больше всего вопросов возникает при выборе средства для системной терапии.

Нами был проведен стоимостной анализ Астраханского рынка (аптеки города) системных противогрибковых средств. На стоимость препаратов влияют следующие факторы: место производства (импортный/отечественный); оригинальность препарата (оригинальный препарат/дженерик); брендируемость препарата; происхождение препарата; химическое строение; лекарственная форма; форма выпуска.

Распространению и отсутствию эффекта от терапии способствует также зачастую ненадлежащее отношение пациентов к болезни. Больной знает, что от онихомикоза «не умирают», а с другой стороны, лечение требует как больших временных, так и немалых финансовых затрат. Не видя результата на протяжении первых недель терапии, пациенты часто ее прекращают, не доведя до логического завершения. Таким образом, человеческий фактор в который раз оказывается «двигателем прогресса», заставляя искать наиболее комплаентные пути к решению проблемы терапии онихомикозов [3].

Прежде чем задаться этими вопросами, целесообразно проанализировать многообразие антимикотиков, представленных на фармацевтическом рынке.

Для жителей Российской Федерации весьма актуальным является вопрос себестоимости лечения. Антимикотическая терапия – одна из самых дорогих форм лечения, которая усугубляется большой продолжительностью. Для принятия решения в пользу пациента необходимо учитывать его финансовые возможности. Мы проанализировали удельную стоимость монотерапии брендами. В качестве примера использовалась наиболее распространенная микопатология – руброфития ногтевых пластин.

Поскольку наиболее распространенными при лечении руброфитии препаратами являются итраконазол и тербинафин, а также подтверждается высокая комплаентность использования флуконазола (прием 1 раз в неделю), нами были рассмотрены следующие наименования и лекарственные формы:

- Орунгал (14 капсул в упаковке по 100 мг);
- Дифлюкан (1 капсула в упаковке, 150 мг);
- Ламизил (14 таблеток в упаковке по 250 мг).

Орунгал (применяется по следующей схеме: 200 мг 2 раза в сутки (4 капсулы в сутки) в течение 7 дней. При поражении ногтей на стопах курс повторяется трижды с 3-недельными интервалами (при поражении ногтей на кистях – дважды). Следовательно, на весь курс лечения пациенту понадобятся 6 упаковок препарата. Средняя стоимость одной упаковки приблизительно равна 2830 руб. Таким образом, за весь цикл системной терапии Орунгалом пациент заплатит 16980 руб.

Дифлюкан применяется по схеме: 150 мг 1 раз в неделю (1 капсула в неделю) в течение 6–12 месяцев при поражении ногтевых пластинок стоп и 3–6 месяцев при поражении ногтей на кистях. Исходя из минимального курса терапии онихомикоз стоп лечится 26 недель, онихомикоз кистей – 13 недель. Следовательно, на весь курс лечения пациенту потребуется 26 (13) упаковок препарата. Средняя стоимость одной упаковки приблизительно равна 426 руб. Таким образом, за цикл системной терапии дифлюканом пациент заплатит от 5538 до 11076 руб. соответственно.

Ламизил применяется по следующей схеме: 250 мг 1 раз в сутки (1 таблетка в сутки) в течение 3 месяцев (90 дней) – на стопах, 1,5 месяца (45 дней) – на кистях. Из этого следует, что на весь курс терапии пациент использует 6 (3) упаковок препарата. Средняя стоимость одной упаковки ориентировочно равна 1940 руб. Следовательно, за весь курс системной терапии Ламизилом пациент заплатит 11640 (5820) руб.

Таким образом, себестоимость лечения с точки зрения возможностей бюджета для большинства пациентов выглядит чрезмерно высокой. В связи с этим вопрос подбора терапии продолжает оставаться открытым.

«МЕНЕДЖМЕНТ» ПСОРИАТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

О.Н. Чальцева (V курс, лечебный факультет)
Научный руководитель – к.м.н., асс. Р.А. Садретдинов

*Кафедра дерматовенерологии
(зав. – д.м.н., проф. Н.И. Рассказов)*

Многогранные проблемы псориаза, как и прежде, продолжают оставаться весьма актуальными и волнуют мировое дерматологическое сообщество.

Согласно общим представлениям сегодня псориаз рассматривается как распространенное, наследственное, гетерогенное, гиперпролиферативное, воспалительное, Т–клеточное, аутоиммунное, хроническое заболевание кожи с возможным ассоциативным поражением других органов и систем.

Упомянутая характеристика «распространенное» заболевание подразумевает высокую популяционную частоту, которая сегодня в подавляющем большинстве исследований оценивается в среднем в 3–5% со значительными колебаниями в зависимости от климато-географического региона. Например, по данным из Кувейта, популяционная частота псориаза в этой стране составляет 0,11%, что признается самым низким показателем по сравнению с другими регионами мира [1].

Помимо самих климато-географических условий, а скорее всего, и не по этой причине, риск развития псориаза предопределен, как теперь известно, генотипически и зависит от субпопуляционных особенностей. Так, известны данные американских дерматологов, которые свидетельствуют о том, что среди афроамериканцев, поколениями живущих на североамериканском континенте, псориаз встречается в несколько раз реже, чем у коренного населения белой расы.

В последние годы появились исследования, которые предполагают, что, помимо давно установленных ассоциаций псориаза и псориатического артрита, могут иметь место и другие коморбидные псориазу состояния, такие как лимфома, ожирение, диабет 2 типа, дислипидемия, гипертония, меланома и немеланотический рак кожи [2].

Вообще если говорить о различных по тяжести формах псориаза, то, как известно, большая часть больных (около двух третей) страдают в основном легкими формами заболевания и многие из них редко обращаются к врачу или вовсе остаются вне поля зрения медицинской статистики. Согласно обобщенным данным европейских и американских дерматологов основную массу обращений к врачу составляют больные именно тяжелыми формами псориаза, которых среди всей популяции «псориатиков» не более одной трети.

Качество жизни пациентов с псориазом изучается уже более десятка лет, и в процессе изучения открываются все новые и новые аспекты этой проблемы, что требует разработок новых подходов по повышению качества жизни больных с псориазом. В целом псориаз оказывает значительное ухудшающее воздействие на качество жизни пациентов. Все эти данные диктуют клиницистам необходимость учитывать эту ущемленность качества жизни их пациентов при индивидуальном выборе терапевтических подходов.

Иными словами, организовывая терапевтическую программу для конкретного больного, необходимо предусматривать в ней мероприятия, направленные и на повышение качества жизни этого конкретного пациента в том числе. Требуется специальная программа т.н. «менеджмента заболевания», которая включает индивидуальный образовательный компонент, бытовой тренинг и психологическую поддержку по показаниям.

Не остается в стороне от проблем качества жизни при заболеваниях и ВОЗ, в недрах которой была разработана Международная классификация функциональности, инвалидности и здоровья – МКФ (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF), призванная унифицировать языковое и терминологическое понимание и описание специалистами механизмов влияния какого-либо заболевания на качество жизни пациента. Классификация представляет собой модель из пяти компонентов: физические страдания (например, боли в суставах), ограничения общей физической активности (например, при хождении),

ограничения в социальной активности (например, альтернативный спорт), изменения в средовых взаимодействиях (например, отношения в семье) и влияние личностных восприятий заболевания (например, в зависимости от возраста) [3].

Изучение качества жизни при псориазе касается сегодня не только самого пациента, но становится также предметом исследования психологического здоровья людей, находящихся в окружении больного, в первую очередь его семьи.

Нами проведено анкетирование больных псориазом, находившихся на стационарном лечении в Астраханском областном кожно-венерологическом диспансере за период 2012-2013 гг. Анкета состояла из вопросов открытого и закрытого типа, касающихся качества жизни больных псориазом. Опрос выявил весьма серьезный «вторичный» эффект псориаза на качество жизни больных и их родственников. Так, 73% опрошенных находились под психологическим давлением тревоги и беспокойства по поводу будущего своих родственников, 51% указывали на некую социальную дезадаптацию, 36% испытывали ограниченность в своей ежедневной активности, у 30% отмечались нарушения в сексуальной сфере, у 15% ухудшились межличностные отношения и 9% указывали на возникновение финансовых трудностей в связи, в частности, с лечением. Половина опрошенных страдают сильным чувством озлобления и фрустрации, беспомощности и собственной недооценки; они испытывают проблемы, связанные с нарушением сна, поражением открытых участков тела, длительным нахождением в сидячем или стоячем положении, проблемы, связанные с сексуальными отношениями и пр. Треть больных считают псориаз их самой большой проблемой каждодневной жизни, в том числе в связи с потерей трудоспособности, неудачами в карьере и т.д.

Эти результаты ведут к необходимости разработки новых стратегий, направленных на такой скрытый «вторичный» эффект псориаза.

В качестве решения проблем, связанных с качеством жизни, необходимо создать горячую линию с возможностью связи по телефону или электронной почте. По два часа один раз в неделю больные псориазом могли бы получить по этой горячей линии рекомендации и советы относительно лечения, экономических проблем, трудоустройства, психологических аспектов и т.д. Типичные вопросы чаще всего касаются безопасности применения наружных стероидов, выходов из тяжелых обострений, ухода за пораженными руками, социальной поддержки при псориазе, путей сохранения трудоспособности и др. Одним из главных достоинств «горячей линии» является то, что она дает возможность пациентам почувствовать постоянную поддержку со стороны ассоциации, сотрудники которой на другом конце провода всегда «на их стороне» и несмотря на личностную дистанцию, однажды установив контакт, больной вновь обращается за помощью. Важно, чтобы команда горячей линии должна состоять из медика и социального работника с большим опытом практической работы по проблеме и возможностью давать советы касательно и детского возраста.

Часть больных псориазическим артритом при одновременном наличии у них двух разных проявлений одного и того же заболевания (суставы и кожа) имеют не совсем правильное представление о своих проблемах и путях их решения. Чем ниже уровень знаний пациента о псориазе вообще, тем хуже показатель качества его жизни. Требуется создание «школа псориатика», предлагаемого в качестве адаптирующего инструмента, способного среди прочего улучшить качество жизни пациента.

КОСМЕТИЧЕСКИЕ НЕДОСТАТКИ КОЖИ И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ КОРРЕКЦИИ

А.А. Магомедова, Э.Э. Мамедова (V курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н., асс. И.А. Ерина

*Кафедра дерматовенерологии
(зав. – д.м.н., проф. Н.И. Рассказов)*

Косметический недостаток – изменения тканей врожденного (порок развития) или приобретенного характера физической, химической, биологической, термической природы, физиологическая старческая атрофия тканей и следствия заболеваний или нарушений различных систем организма, проявляющиеся во внешности человека и приводящие к нарушению эстетических норм. К настоящему времени наука обогатилась новыми обширными сведениями о механизмах развития различных косметических недостатков кожи – возрастных изменений, патогенезе акне, розацеа, пигментных нарушений, гиалиновой липодистрофии (целлюлита), формирования рубцов и стрий. На базе этих сведений постоянно предлагаются и совершенствуются пути лечения или коррекции указанных заболеваний и косметических недостатков. Для коррекции возрастных изменений кожи с успехом используются косметические средства, восполняющие гидролипидную мантию кожи и регулирующие продукцию липидов эпидермиса, питательные и увлажняющие маски, а также массаж [3]. Противостоять морщинам можно используя препараты ботулотоксина. Введение их – большая ответственность перед пациентом. Необходимо учитывать такие противопоказания как нарушения сердечного ритма и неврологические расстройства. Коррекцию выраженных складок проводят с помощью инъекционных имплантов. Наиболее перспективными являются препараты гиалуроновой кислоты для инъекционной пластики. Широкое распространение получил в последнее время метод, называемый мезотерапией. Процедура сводится к обкалыванию определенных зон и внутрикожному введению

лекарственных препаратов. Прогнозируя ее эффективность, следует учитывать раздражающий эффект от множественных уколов и эффект от введения лекарственного препарата [4].

В последнее десятилетие самыми распространенными методами дермabrasивного устранения дефектов кожи лица и тела стали химический пилинг кислотами, микрокристаллическая дермabrasия металлическим наполнителем под давлением, механическая шлифовка высокооборотистыми фрезами и лазерная дермabrasия углекислотным и эрбиевым лазерами [1].

CO₂-лазер нашел широкое применение в дермabrasии из-за строго дозированной глубины проникновения в ткань (от 50 мкм) за один проход сканером и хороший гемостаз одновременно. По глубине устраняемого слоя эпидермиса CO₂-лазер занимает приблизительно промежуточное место между механической шлифовкой высокооборотистыми фрезами и микрошлифовкой эрбиевым лазером. Для того чтобы предотвратить повреждения глубоких слоев дермы, в середине 90-х годов были разработаны специальные импульсные режимы генерации лазерной энергии. Данные режимы были специально предназначены для косметологических целей и получили название суперимпульсных (superpulse, Q-switched, ultrapulse) [2]. Принцип их действия основан на том, что во время манипуляции в верхнем слое дермы сочетаются одновременно два процесса: нагрев и охлаждение ткани. Глубина коагуляционного некроза поверхностного слоя дермы, в котором происходит поглощение энергии, колеблется от 10 до 100 мкм и зависит от длины волны генерации лазера (Л СО₂-лазер = 10,6 мкм или Л Ег.YAG = 2,94 мкм). При этом происходит мгновенный нагрев внутриклеточной жидкости и микровзрывы. Один лазерный импульс СО₂-лазера производит vaporизацию слоя эпидермиса на глубину 50 мкм с глубиной термopовреждения не более 100 мкм. [5].

Лазерная дермabrasия используется для устранения дефектов после угревой болезни, любых доброкачественных образований кожи, расположенных эпидермально, при увядающей коже лица, при различных гиперпигментациях, а также при многих других патологиях кожи [6].

Таким образом, необходимо подчеркнуть настоятельную необходимость высокого профессионального мастерства косметолога, что предполагает совершенное владение мануальными навыками и глубокое знание не только дерматовенерологии, но и смежных дисциплин; гарантированное качество используемых в косметологии средств; разработку и внедрение научно обоснованных, высоко эффективных и безопасных методов коррекции косметических недостатков; а также правовую регламентацию деятельности косметолога и его защиту.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПСОРИАЗА В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2007-2011 ГГ.

Д.И. Дурсиев, И.И. Алиев (V курс, лечебный факультет)
Научный руководитель – к.м.н., асс. В.А. Ковтунова

*Кафедра дерматовенерологии
(зав. – д.м.н., проф. Н.И. Рассказов)*

Псориаз (чешуйчатый лишай) – дерматоз неустановленной этиологии, характеризующийся хроническим течением, эритематозно-сквамозными проявлениями с четко прослеживающейся генетической предрасположенностью, гиперпролиферацией эпидермальных клеток, нарушением процессов кератинизации и воспалительной реакцией в дерме, нередко вызывающий патологические изменения в других органах и тканях (ногти, суставы, позвоночник, почки и др.), приводящий больных к психологической и социальной дезадаптации, в наиболее тяжелых случаях – к инвалидизации [1, 3].

Этиология и патогенез псориаза в настоящее время окончательно ещё не установлены. К основным факторам риска развития псориаза кроме наследственной предрасположенности, относят инфекционные заболевания, стресс, травмы, употребление алкоголя и никотина [2, 4, 5, 6].

Псориаз является одним из наиболее часто встречающихся кожных заболеваний. Так, Северной Европе он регистрируется у 1,5-3% населения, в США – 1%, Германии – 1,3%, Дании – 2,3%, Китае – 0,3%. В дерматологических клиниках пациенты, страдающие псориазом, составляют в среднем 6-8% [1-3]. Согласно современным исследованиям, частота распространенности данного дерматоза среди мужчин и женщин почти одинакова. Частота встречаемости псориаза в разных возрастных категориях неоднозначна [1, 5-7].

Распространенность псориаза на территории Российской Федерации в 2011 г. достигла 217,4 на 100 тыс. населения. Заболеваемость псориазом в Российской Федерации в общей популяции составила 69,6 на 100 000 населения. Среди взрослого населения данный показатель равен 75,2, в детской возрастной группе 0-14 лет - 28,0, а у подростков в возрасте 15-17 лет - 126,7 на 100000 соответствующего населения [3].

Задачей нашего исследования явился анализ заболеваемости и распространенности псориаза в Астраханской области за 2007-2011 гг. в разных возрастных группах.

Нами были проанализированы годовые отчеты диспансерного наблюдения пациентов, страдающих кожными заболеваниями по Астраханской области за 2007 – 2011 гг. Статистическая обработка данных проводилась на основе рабочих группировочных таблиц Microsoft Excel 2007. Для оценки динамики показателей заболеваемости во времени с помощью Мастера построения диаграмм построены графики

заболеваемости и распространенности псориаза среди детского, подросткового и взрослого населения Астраханской области за 2007 – 2011 гг.

В результате анализа распространенности псориаза по Астраханской области за 2007-2011 гг. отмечена тенденция к повышению этого показателя в группах населения 0-14 лет и 18 лет и старше (рис.1). Наблюдались значительные колебания в возрастной группе 15-17 лет с максимальным уровнем данного показателя в 2009 г. и снижением его в 1,4 раза в 2011 г. по сравнению с 2007 г.

Изучение заболеваемости псориазом на территории Астраханской области за исследуемый период выявило значительно увеличение данного показателя в группе 0-14 лет с 12,8 до 31,1 на 100 тыс. населения соответственно. Между тем, в возрастной группе 15-17 лет показатель заболеваемости за исследуемый период уменьшился с 169,2 до 71, 7 на 100 тыс. населения, т.е. почти в 2 раза. В то же время, заболеваемость псориазом взрослого населения Астраханской области за исследуемый период существенно не изменялась.

Таким образом, наибольший показатель распространенности псориаза в Астраханской области за 2007-2011 гг. регистрировалась среди населения в возрасте 15-17 лет, что согласуется с общими данными по Российской Федерации.

Отмечен достоверный рост ($p < 0,05$) заболеваемости в возрастной группе 0-14 лет. За исследуемый период заболеваемость псориазом в группе детей 0-14 лет увеличилась в 2,4 раза.

По нашему мнению, данную ситуацию следует рассматривать как эпидемиологически неблагоприятную, т.к. накопление детской заболеваемости закономерно приведет к дальнейшему росту распространенности псориаза в общей популяции.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА

Д.В. Ничога (VI курс, лечебный факультет)
Научный руководитель – к.м.н., асс. И.А. Ерина

*Кафедра дерматовенерологии
(зав. – д.м.н., проф. Н.И. Рассказов)*

Розацеа, от латинского *rosaceus* — розовая, сделанная из роз (розовые угри, *acne rosacea*, *gutta rosacea*, *superose*, *teleangiectasias faciei*), — хроническое заболевание кожи лица невыясненной этиологии (возможно, с доминирующим значением ангионевроза венозной системы [4] и патологии желудочно-кишечного тракта с колонизацией *Helicobacter pylori* [4,9], характеризующееся прогредиентным течением, покраснением, стойкой эритемой центральной части лица, существующей более 3 мес., телеангиэктазиями, появлением папул, пустул, узлов. Многочисленные способы лечения розацеа определяются многообразием этиологических и патогенетических факторов дерматоза, его стадий и клинической формой. Терапевтическое действие одних средств направлено на редукцию воспалительных явлений дерматоза, других – на коррекцию различных нарушений функций внутренних органов (желудочно-кишечного тракта, ЦНС и др.). Наконец, существуют лекарственные агенты бесспорно эффективные при розацеа, однако механизм их действия не вполне ясен [2].

В настоящее время известно, что ретиноиды участвуют в регуляции транскрипции генов путем активации рецепторов, расположенных в ядре, в частности активатора протеина-1 [9]. Ретиноиды (лиганды) связываются с факторами транскрипции, затем образовавшийся комплекс «лиганд–реосты назначения его врачами дерматовенероцептор» ингибирует AP-1-участок в промоторной зоне гена, что приводит к подавлению образования цитокинов. Кроме того, селективно связываясь с TLRs на ядерной мембране кератиноцитов, ретиноиды влияют на дифференцировку, уменьшают «сцепленность» кератиноцитов в устье сально-волосных фолликулов и ускоряют их десквамацию. Противовоспалительное и иммуномодулирующее действие в очаге достигается путем ингибирования интерлейкинов [9,7]

Из ФТЛ можно использовать лимфодренажный массаж лица, диадинамические токи на паравертебральные зоны, поляризованный свет. Федотова М. А., Горбунов Ю.Г. (2011 г.) больным розацеа (14 человек: 12 женщин, 2 мужчин) проводили микротоковую терапию на аппарате E-1000 («Bio Therapeutic computers», США) в режиме нормализации и восстановления тканей. Этот метод электротерапевтического воздействия приводит к активации внутриклеточных метаболических процессов, стимулирует активность фибробластов, оказывает лимфодренирующее действие, улучшает микроциркуляцию и ускоряет регенерацию поврежденных тканей. Курс лечения составил 10 процедур с периодичностью 3 раза в неделю. Параметры процедуры подбирались индивидуально. Авторы отметили, что после 1–2-й процедуры исчезали субъективные ощущения, через 4–5 процедур уменьшалась гиперемия и отек, к 7–8-й процедуре разрешались папулы.

Черкасовой М.В. (1997 г.) показана высокая эффективность коротких курсов (до 10 дней) тиберала (орнидазола) в дозе 250 мг 2 раза в день при лечении папулезной и пустулезной форм розацеа. Клиническое выздоровление и значительное улучшение получено у 84% больных розацеа, получавших тиберал, и у 38% больных, получавших трихопол. Автором, отмечена хорошая переносимость и положительные отдаленные результаты [6].

Галкина О.А. (2007 г.) в своей работе предложила применение фототерапии с помощью интенсивного импульсного светового излучения (IPL-излучения) широкого спектра действия в диапазоне 550–1100 нм и рекомендовала в качестве метода выбора для деструкции расширенных патологических сосудов и купирования воспалительных процессов в дерме при розацеа. Автор рекомендует для фотодеструкции сосудов использовать следующие параметры IPL-излучения: плотность энергии от 28 до 38 Дж/см², продолжительность импульса от 90 до 150 мс, размер светового пятна 1×2,5 см или 1×3,5 см (зависит от размера использованного кристалла). Подбор конкретных параметров излучения должен осуществляться в каждом случае индивидуально на основании тестовой пробы, фототипа кожи и стадии розацеа. Критериями их эффективности является изменение цвета сосуда или разрушение его на треки. Общий курс фототерапии составляет 5–6 процедур с периодичностью через 21±3 дня. При необходимости курс можно повторить через 4 мес. Галкина О.А. делает выводы, что разработанный метод фототерапии обладает высокой терапевтической эффективностью: 95,0% при эритематозно-телеангиэктатической форме, 71,4% – папулезной, 65,2% – пустулезной и 54,0% – при инфильтративно-пролиферативной розацеа [1].

Панкина Е.С. (2008 г.) на основании данных собственной работы для лечения эритематозной и папулезной стадий розацеа рекомендует назначать микротоковую терапию в режиме лимфодренажа в течение 20 мин курсом 2–3 раза в неделю на курс 8–10 процедур или прием препарата сулодексид 250 ЛЕ в капсулах 2 раза в сутки курсом 4 нед. При эритематозной розацеа лицам старше 40 лет с частыми обострениями заболевания, у которых базовый кровоток в области розацеа и непораженной кожи лица изначально выше нормальных показателей, может быть рекомендован препарат беллатаминал по 1 таблетке 2 раза в сутки курсом 4 нед. При эритематозной розацеа лицам моложе 40 лет, у которых отмечается максимальный прирост показателей в пробе с ацетилхолином, может быть рекомендован препарат ксантинола никотинат в дозе 300 мг 2 раза в сутки курсом 4 нед. Для индивидуализации лечения розацеа рекомендуется выполнять диагностику состояния микроциркуляции кожи лица пациентов посредством доплерографического исследования [3].

Таким образом, в настоящее время существует обширный арсенал лекарственных средств и методов терапии розацеа. Однако эффективность того или иного способа лечения находится, порой, в обратной зависимости от длительности и степени выраженности клинических проявлений заболевания. Помимо этого, побочные действия, присущие препаратам, дающим максимальный благоприятный эффект, ограничивают их применение. Последнее обстоятельство определяет необходимость поиска оптимальных подходов к лечению дерматоза.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА И ЛЕЧЕНИЯ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ

Н.А. Иманвердиева (VI курс, лечебный факультет)
Научный руководитель – к.м.н., асс. И.А. Ерина

*Кафедра дерматовенерологии
(зав. – д.м.н., проф. Н.И. Рассказов)*

Несмотря на появление современных методов лечения угревая болезнь до сих пор остается одним из наиболее распространенных дерматозов у молодых людей. Уровень заболеваемости акне не только не имеет отчетливой тенденции к снижению, но и констатируется его существенное увеличение [1]. Дебют заболевания обычно проявляется у девочек в возрасте от 12 до 14 лет, у мальчиков — в 14–15 лет. В этом возрасте возможны два варианта течения заболевания — «физиологические» акне и «клинические» акне, наблюдаемые у 15% пациентов, которые требуют назначения лечения [2]. При этом характерным является рецидивирующее течение заболевания и торпидность к существующим методам лечения, что определенно связано с повышением резистентности к антибиотикам бактериальной микрофлоры кожи больных угревой болезнью [3].

Патогенез акне является мультифакторным. На сегодняшний день выделяют четыре ведущих фактора в этиологии заболевания: фолликулярный гиперкератоз, увеличение количества *Propionibacterium acnes*, изменение продукции кожного сала и воспаление. Начальным этапом формирования заболевания является появление микрокомедонов, которые в дальнейшем колонизируются *Propionibacterium acnes*. Микрокомедоны являются результатом развития двух процессов — гиперпролиферации кератиноцитов акроворонки волосяного фолликула и избыточной продукции кожного сала, что в сочетании приводит к закупорке фолликула и формированию открытых и закрытых комедонов. Для кератиноцитов характерно увеличение тонофиламентов и десмосом, повышенное количество кератинов K6 и K16 [4]. В механизме развития акне важными являются следующие компоненты патогенеза — относительный недостаток линолевой кислоты, действие андрогенов и свободных жирных кислот. На продукцию кожного сала огромное влияние оказывают андрогены, которые в большом количестве начинают поступать в кожу в пубертатном периоде, определенное значение имеет гормон роста, инсулиноподобный фактор роста и вещества, активирующие образование пероксисом. В патогенезе угрей важная роль отводится дефициту цинка, который регистрируется у 80% больных. На фоне цинкдефицитного состояния возрастает темп экскреции кожного сала, а тяжесть течения болезни коррелирует со степенью снижения цинка в организме больного. Цинк снижает активность 5 α -редуктазы, что способствует

нормализации соотношения гормонов и ведет к уменьшению салоотделения. Известно, что у больных угревой болезнью существенные изменения обнаружены на уровне всех звеньев в системе специфического иммунитета: снижение активности Т- и В- лимфоцитов, изменение профиля и количественного состава субпопуляций лимфоцитов, содержания иммуноглобулинов, что предполагает формирование иммунодефицитного состояния и способствует длительному, затяжному течению заболевания, торпидности к проводимому лечению [5].

В 2002 г. разработаны рекомендации и алгоритм патогенетического лечения различных форм акне (XX Всемирный конгресс по дерматологии, Париж, 2002), в которых препаратами первого выбора врача при лечении акне являются **местные ретиноиды**. Топические ретиноиды влияют на процессы ороговения (кератинизацию и десквамацию), снижают салоотделение, усиливают пролиферацию эпителиоцитов кожи и обладают определенным противовоспалительным действием. Наиболее перспективным является адапален (дифферин), обладающий хорошей переносимостью, отсутствием фотосенсибилизирующего действия, высокой эффективностью при комедональных и папуло-пустулезных акне [6].

Обзору современных методов лечения угревой сыпи посвящена статья Д-ра G.Webster из Медицинского Колледжа им. Джефферсона (Филадельфия, США), опубликованная в Британском медицинском журнале (British Medical Journal). При лечении точечных угрей (комедонов) наиболее часто назначают топические ретиноиды (третиноин, изотретиноин, адапален или тазаротен), азелаиновую или салициловую кислоты 1 раз в сутки местно на пораженную область. Папуло-пустулезные формы акне обычно поддаются лечению, включающему агрессивную местную терапию - применение топических форм препаратов дважды в день на область поражения. Чаще всего назначается комбинация антибактериального препарата (эритромицина или клиндамицина) с комедонолитическими агентами (бензоил пероксидом), которая по эффективности превосходит монотерапию антибиотиком (например, клиндамицином) в лекарственной форме для местного применения. Крем, содержащий 20% азелаиновую кислоту, может рассматриваться в качестве альтернативы, и не уступает по эффективности местной терапии макролидными антибиотиками. В последние годы в медицинской литературе появилось достаточно много сообщений об антибиотикорезистентных штаммах *Propionibacterium acnes*, чаще всего устойчивость возникает к эритромицину и клиндамицину в виде лекарственных форм для местного применения. По мнению Д-ра Webster, монотерапия этими препаратами бесполезна, однако они могут быть эффективны в комбинации с бензоил пероксидом. Альтернативные методы лечения включают назначение антибиотиков или изотретиноина перорально. По мнению автора статьи, пероральное назначение антибиотиков показано при лечении форм угревой сыпи, резистентных к местной терапии, а также при наличии шаровидных угрей и выраженного рубцевания. Ранее препаратом выбора был эритромицин, однако распространение резистентности к нему у *P.acnes* существенно снизило эффективность этого антибиотика. В связи с этим более предпочтительным считается назначение перорально доксициклина или миноциклина, однако и их применение должно быть строго ограничено только теми случаями заболевания, при которых неэффективно использование других препаратов. В своей статье Д-р Webster неоднократно подчеркивает, что следует стремиться к минимизации применения антибиотиков при лечении угревой сыпи, так как неизвестно, насколько быстро будет развиваться и распространяться резистентность у *P.acnes* при длительном назначении антибактериальных препаратов. Пероральное назначение антибиотиков следует обязательно сочетать с использованием местных комедонолитических средств, кроме того, применение топических ретиноидов или бензоил пероксида позволяет добиться длительного сохранения эффекта после проведенного курса антибактериальной терапии [7].

Таким образом, располагая широким выбором средств для лечения акне и косметической продукцией для ухода за кожей, склонной к угревой болезни, врач в процессе лечения может переходить от направленного воздействия на одни механизмы патогенеза к препаратам, влияющим на его другие компоненты. При этом самым важным является регулярная коррекция назначенного лечения и длительное динамическое, диспансерное наблюдение за пациентом, даже после достижения клинической ремиссии.

НАУЧНЫЕ ОСНОВЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИНЫ, МАТЕРИ, ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО

К ВОПРОСУ О РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ В АСТРАХАНИ

Г.Н. Баймуханова, З.Ш. Мусаева
(V курс, педиатрический факультет)
Научный руководитель – асс. А.А. Сувернева

*Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета
(зав. - д.м.н., доц. Л.В. Дикарева)*

Актуальность. Анализ данных статистики за 2001-2010 гг. свидетельствует об устойчивом снижении ранней неонатальной смертности (РНС) как по Российской Федерации (РФ) в целом (с 6,2‰ до 2,8‰), так и по федеральным округам [1,2,4]. Однако, темпы снижения данного показателя разные и наименьший уровень

снижения (на 11,1 %) отмечается в Южном федеральном округе (ЮФО) [4]. Кроме того, на территориях с различным уровнем РНС имеются различия в причинах смерти как со стороны матери, так и плода [3,4]. В структуре же материнских причин ранних неонатальных потерь в РФ с 2005 г. первое ранговое место занимает рубрика «причина не установлена» [3,5].

Цель исследования – изучить динамику и основные тенденции РНС в г. Астрахани за 2001-2010 гг., определить факторы риска ранних неонатальных потерь.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ годовых отчётов сведений о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам ГБУЗ АО КРД за 2001-2010 гг. (уч.форма №32), сплошное ретроспективное исследование 63 историй родов (уч.форма № 096/у) с ранней неонатальной смертью ребёнка, историй развития новорожденных (уч.форма № 097/у), умерших в раннем неонатальном периоде, медицинских свидетельств о перинатальной смерти (уч.форма №106-2/у-08).

Результаты исследования. Установлено, что за 10 лет в г. Астрахани РНС снизилась в 4,2 раза (с 9,3‰ в 2001г. до 2,2‰ в 2010г.). Однако, в 3 раза увеличилась доля доношенных среди детей, погибших в раннем неонатальном периоде (61% в 2010г.).

Анализ факторов риска ранних неонатальных потерь свидетельствует о том, что в данной группе преобладали пациентки в возрасте от 23 до 25 лет (25,4%). Средний возраст обследуемых – 23,4±0,67. Достаточно высоким оказался процент беременных в возрасте от 15 до 19 лет (19%). Домохозяйка и социально занятых женщин в изучаемой группе было поровну (50%). Среди обследуемых с РНС ребёнка преимущество осталось за пациентками со средним школьным образованием (47%). При этом всего лишь 1/5 женщин не находились на диспансерном наблюдении по беременности. В 62% наблюдений пациентки состояли в официально зарегистрированном браке.

Курящих среди обследованных было 16%, употребляющих наркотики и алкоголь не выявлено. Рано начали половую жизнь 57% пациенток. У 26 % женщин в анамнезе отмечалось 2 и более искусственных аборта, а самопроизвольные выкидыши встречались в 24% случаев. У 17% пациенток диагностированы заболевания органов дыхания, у 10% - сердечно-сосудистая патология. В 62% наблюдений беременность протекала на фоне анемии (в том числе 21 % составила анемия 2 и 3 степени). В 27% случаев беременность протекала на фоне ОРВИ, в 15% - на фоне пиелонефрита. У 52% пациенток беременность осложнилась преэклампсией различной степени тяжести, у 63% – угрозой прерывания, у 17% - маловодием, у 37% - многоводием. В 39% наблюдений имели место воспалительные заболевания гениталий: кольпит (47%), хронический аднексит (31%), бактериальный вагиноз (19%), хламидиоз (8%). У 73% пациенток беременность протекала с явлениями хронической фетоплацентарной недостаточности, преимущественно на фоне циркуляторно-дистрофических изменений в плаценте (69,8%).

При гистологическом исследовании последов выявлены: базальный децидуит (33%), продуктивный виллузит (16%), фибринозно-десквамативный интервиллузит (7%), плацентарный хорионит (31%).

Ведущая причина ранней неонатальной смерти – дыхательная недостаточность (76%), развившаяся на фоне врождённой пневмонии (69%) и болезни гиалиновых мембран (63%). В 18% наблюдений причиной смерти послужила асфиксия новорожденных. Врожденные пороки развития составили 4%, родовая травма – 2%. В 59% случаев ранних неонатальных потерь имело место внутриутробное инфицирование плода.

Выводы.

Как видно из приведённых данных по г. Астрахани, они существенно не отличаются от общероссийских. Снижение показателей РНС во многом произошло благодаря совершенствованию неонатологической службы. Однако, 3-кратное увеличение доли доношенных среди детей, умерших в раннем неонатальном периоде, высокий процент внутриутробных инфекций препятствуют росту темпов снижения ранних неонатальных потерь в нашем регионе. Наиболее значимыми факторами раннего неонатального риска являются раннее начало половой жизни, отягощённый акушерско-гинекологический анамнез, анемия, преэклампсия различной степени тяжести, угроза прерывания беременности, многоводие и генитальная инфекция.

ПЕРСПЕКТИВЫ КОРРЕКЦИИ СИНДРОМА ЗАДЕРЖКИ РАЗВИТИЯ ПЛОДА ПЛАНЦЕНТАРНЫМИ БЕЛКАМИ

А.Н. Терешкевич (II курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель – д.м.н., доц. А.В. Коханов

*Кафедра общей гигиены
(зав. – д.м.н., проф. В.С. Рыбкин)*

Хроническая плацентарная недостаточность (ХПН) и ее клинические синдромы – хроническая внутриутробная гипоксия (ХВГ) плода и задержка внутриутробного роста и развития (ЗВУР) плода, являются актуальнейшей проблемой современного акушерства, сохраняя ведущее место в структуре перинатальной

смертности и являясь основной причиной повреждений центральной нервной системы плода и новорожденного [1,2].

Одной из серьезных проблем современной медицины является увеличение количества новорожденных с ЗВУР [5]. Значимость данной патологии определяется ее большим удельным весом в неонатальной заболеваемости и смертности. По данным разных авторов, частота этого синдрома составляет от 12 до 36 % [1, 2, 3].

В литературе можно встретить огромное количество терминов: «задержка утробного развития», «внутриутробная задержка развития», «гипотрофия плода», «ретардация плода», «маленький к гестационному возрасту», «синдром задержки развития плода (СЗРП)» и др. В МКБ-10 все указанные выше термины рубрика R05 объединяет понятием «замедленный рост и недостаток питания плода» [21, 26].

Термин «задержка внутриутробного развития» подразумевает патологию плода, возникшую в результате влияния повреждающих факторов. СЗРП диагностируют у детей, имеющих недостаточную массу тела при рождении по отношению к их гестационному возрасту, т.е. когда масса тела ниже 10 % центиля при данном сроке беременности матери и/или морфологический индекс зрелости отстает на 2 и более недель от истинного гестационного возраста [5, 6].

Диагноз «СЗРП» является наиболее сложным в перинатальной медицине. По данным ряда авторов, более 60 % случаев СЗРП клиническими методами не определяются. Без использования дополнительных методов обследования удастся диагностировать только 25 % случаев СЗРП. Поэтому все беременные должны проходить тщательное обследование, так как своевременная диагностика СЗРП изменяет акушерскую тактику и позволяет в большинстве случаев избежать неблагоприятных перинатальных последствий [3].

Необходимо проводить следующие биометрические методы исследования: 1) определение высоты стояния дна матки (ВДМ) во II-III триместрах беременности на основе гравидограммы; в норме до 30 недель прирост ВДМ составляет 0,7-1,9 см в неделю, в 30–36 недель – 0,6-1,2 см в неделю, в 36 и более недель – 0,1-0,4 см, отставание размеров на 2 см или отсутствие прироста в течение 2–3 недель при динамическом наблюдении дает основание заподозрить СЗРП; 2) проведение ультразвуковой фетометрии, которая включает определение размеров головы, окружности живота и длины бедра, при определении несоответствия одного или нескольких основных фетометрических показателей сроку беременности проводится расширенная фетометрия и высчитываются соотношения лобно-затылочного размера к бипариетальному, окружности головы – к окружности живота, бипариетального размера – к длине бедра, длины бедра – к окружности живота; на основании проведенного ультразвукового исследования выделяют три степени тяжести СЗРП: 1-я степень – отставание показателей фетометрии на 2 недели от гестационного срока; 2-я степень – отставание на 3-4 недели от гестационного срока; 3-я степень – отставание более чем на 4 недели от гестационного срока.

Для диагностики функционального состояния плода используются следующие биофизические методы: 1) определение биофизического профиля плода, который оценивается как сумма баллов определенных параметров (дыхательные движения плода, тонус плода, двигательная активность плода, реактивность сердечной деятельности плода на нестрессовый тест (НСТ), объем околоплодных вод); 2) проведение модифицированного биофизического профиля плода, сочетающего НСТ с индексом амниотической жидкости; 3) выполнение доплерометрии скорости кровотока в артерии пуповины (отображает состояние микроциркуляции в плодовой части плаценты, сосудистое сопротивление, которое играет основную роль в фетоплацентарной гемодинамике) [4]. На основании проведенной диагностики выбирают тактику ведения данных беременных.

В предварительных экспериментах на крысах при моделировании СЗРП, путем содержания беременных животных на низкокалорийной диете в сочетании с введением дексаметазона нами выявлены достоверные различия в массе новорожденных крысят. Планируется исследование влияния плацентарных белков ферритина и термостабильной щелочной фосфатазы на данную модель СЗРП и перспективы этих белков предупреждать ХВГ и ХПН.

КЛИНИКО – МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ

Р.М. Гаджиева, Т.В. Актаева

(IV курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель - к.м.н., асс. П. П. Горелов

*Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета.
(зав. - д.м.н., доц. Л.В. Дикарева)*

Актуальность данной работы в условиях сложившейся демографической ситуации охрана репродуктивного здоровья населения является важнейшей государственной задачей (В.Ю.Альбицкий и др., 2001; В.И.Кулаков, 2002; О.Г. Фролова и др., 2007).

Широкое распространение в последние годы гинекологической и соматической заболеваемости среди женщин репродуктивного возраста приводит к повышению частоты осложнений беременности и родов, различным нарушениям репродуктивного здоровья (П.Н.Кротин, В.К.Юрьев, 2000; А.Г. Иванов, 2005; Г.А. Шемякин, 2005).

При этом весьма актуальной является проблема невынашивания беременности.

По данным нашего ретроспективного исследования историй болезни, с марта по август 2012 года, частота невынашивания беременности составляет 300(21,9%) случаев среди 1367 женщин. Повышению частоты выкидышей способствуют раннее начало половой жизни, увеличение числа беременностей среди девочек-подростков и женщин позднего репродуктивного возраста, широкое распространение инфекций, передающихся половым путем (В.М. Сидельникова, 2002; М.В. Кулигина и др., 2007).

Цель исследования — изучить патоморфологические изменения эндометрия, особенности клинических проявлений у женщин с невынашиванием беременности, исход, профилактика невынашивания и лечение этих женщин.

В ходе исследования были выявлены следующие причины: генитальные инфекции — 41,3% (хронический аднексит 39,6%, кольпит 1,7%) экстрагенитальные инфекции — 11,4% (хронический тонзиллит 3,1%, хронический пиелонефрит 6,3%, хронические инфекции желудочно-кишечного тракта 2%), патология матки — 27,3% (двурогая матка 1%, эрозия шейки матки 4,6%, миома матки 15%, эндоцервикоз 6,7%). Особенности первичного невынашивания беременности являются молодой возраст до 25 лет (29,3%), нарушения менструального цикла (46,7%), бесплодие (11,4%), гиперпролактинемия и гиперандрогенемия (12,6%).

Так же мы наблюдали за клиническим течением болезни: 74,6% женщин предъявляют жалобы на боль внизу живота и кровянистые выделения, 14,3% только на боль внизу живота и 11,1% на кровянистые выделения.

При патоморфологическом исследовании обнаружены следующие микроизменения: децидуальная ткань с очагами некроза — 33%, децидуальная ткань с очагами воспалительных инфильтраций — 44,3%, гравидарный эндометрий — 15,1%, обратное развитие эндометрия — 3%, Децидуальная ткань с очагами кровоизлияний и воспалительных инфильтраций — 4,6%.

В гинекологическом анамнезе у женщин выявлено: 72,6% аборт, 28,3% выкидышей, кесарево сечение — 5%.

Исходом данной патологии явилось: выздоровление — 93,4%, улучшение — 6,6%. Выводы: наиболее часто невынашивание беременности наблюдается у женщин, страдающих патологией матки (двурогая матка, эрозия шейки матки, эндоцервикоз и миома матки), хронической генитальной инфекцией (кольпит, аднексит), хронической экстрагенитальной инфекцией (тонзиллит, пиелонефрит и заболевания желудочно-кишечного тракта), с отягощенным гинекологическим анамнезом (частые аборты и выкидыши), с ранним началом половой жизни, гормональным дисбалансом (гиперпролактинемия и гиперандрогенемия).

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ СТУДЕНТОВ

Н.В. Белоусова, Е.В. Третьякова
(VI курс, лечебный факультет)

Научный руководитель — асп. О. Г. Черникова

*Кафедра акушерства и гинекологии
(зав. - д.м.н., проф. С. П. Синчихин)*

Актуальность: Половое поведение молодежи является одним из главных факторов определяющее их репродуктивное здоровье. Плохая информированность студентов о средствах контрацепции и методах защиты от заболеваний передающихся половым путем приводит к увеличению риска наступления беременности, росту числа аборт, росту заболеваемости ИППП.

Целью исследования явилась медико-социальная оценка полового поведения студентов.

Материал и методы исследования: проведено добровольное анонимное анкетирование 373 студентов в возрасте от 19 до 28 лет, учащихся на 4-6 курсе лечебного факультета АГМА.

Результаты исследования: Средний возраст опрошенных составил 21,8 лет. Сексуально активная группа составила 52% из них 60,3% девушки, 39,7% юноши. Средний возраст сексуального дебюта составил 17,4± 1.3. Наиболее часто половую жизнь начинали в 18 лет (23,2%), самый ранний половой опыт был у девушки в 13 лет, у юноши в 12 лет. Большинство исследованных предпочитают иметь постоянного полового партнера (68%), однако у 19% имеется два и более партнеров. С момента начала половой жизни одного единственного партнера имеют 34% опрошенных, 10,3% указали на смену двух партнеров, 3-х и более – 50,8% человек, затруднилось назвать количество партнеров – 29,4%.

У студентов имелись вредные привычки: курение -52%, злоупотребление алкоголем -8%, употребление наркотиков -4,8% (из них 2,68% употребляют в настоящее время, 2,14% употребляли ранее). Беременность в анамнезе имели 14,5 %, и в 59% она закончилась искусственным абортom.

Анализ состояния здоровья девушек показал высокий индекс соматической заболеваемости. Наиболее часто встречаются заболевания желудочно-кишечного тракта – 57,95%, заболевания верхних дыхательных путей-11,25% болезни мочевыделительной системы -30,8%. Среди гинекологической патологии чаще указывали на хронический аднексит-59,6%, эрозию шейки матки-29%, кисты яичников-7%, синдром поликистозных яичников-4,4%.

Среди сексуально активных студентов 51,1% не используют методы контрацепции. Самым распространенным методом контрацепции является презерватив-34,3%, прерванный половой акт- у 29,8%, гормональные контрацептивы применяют 16,5%, спермициды используют 8,6%, календарный метод-10,8% обследованных.

Из числа обследованных ранее болели ЗППП 12,4% сексуально активных студентов (33,3% мужчин, 66,7% женщин), все они либо не использовали средства контрацепции вообще, либо использовали их непостоянно.

Проведенное исследование подтвердило, что современная молодежь, а именно студенты АГМА, характеризуется ранней сексуальной активностью, высоким уровнем заболеваемости как гинекологическими, так и экстрагенитальными заболеваниями, низкой информированностью (или не используют имеющиеся знания) в вопросах современных методов контрацепции и безопасности сексуальных отношений. Молодые девушки представляют собой группу высокого риска по наступлению нежелательной беременности, а также группу риска развития ЗППП.

КРОВОТЕЧЕНИЕ В ПОЗДНИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ

И.И. Попова (VI курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель – к.м.н., асс. П.П. Горелов

*Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета
(зав. - д.м.н., доц. Л.В. Дикарева)*

В современном акушерстве кровотечение в поздние сроки беременности остается наиболее сложной и важной проблемой, оставаясь одним из самых грозных осложнений. В доступной литературе частота предлежания плаценты и преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты (ПОНРП) составляет 2-3% по отношению к общему числу родов и не имеет тенденции к снижению [1,2]. По данным родильного дома ГБУЗ АО АМОКБ этот показатель соответствует 2,6% и также не имеет тенденции к снижению.

В структуре материнской смертности кровотечение занимает 1 место, являясь непосредственной причиной смерти в 25-30% случаев. Перинатальная смертность составляет 17-26%, что связано с недоношенностью и функциональной незрелостью плода [1,2].

В связи с этим целью настоящего исследования явилось изучение динамики, клиники, диагностики и лечения кровотечений в поздние сроки беременности.

Нами был проведен анализ 154 историй родов с кровотечениями в поздние сроки беременности. В результате проведенного исследования было установлено, что в 2010 г. частота встречаемости выше указанной патологии составила 35%, в 2011 и в 2012 гг. - по 32,5%.

При исследовании распространенности кровотечений в поздние сроки беременности в зависимости от возраста нами было отмечено, что наибольшее количество больных наблюдалось в возрасте старше 30 лет как при предлежании плаценты - 63,9%, так и при ПОНРП - 47,4%. В возрастной группе от 18 до 30 лет: 36,1% при предлежании плаценты и 38,6% при ПОНРП. В возрасте до 18 лет – кровотечение при предлежании плаценты не встречалось, а при ПОНРП в 14,0% случаев.

При исследовании историй родов с предлежанием мы установили, что чаще встречается краевое предлежание в 54,6%, центральное – 45,4% случаев. Предлежание осложнившееся отслойкой плаценты наблюдалось в 13,4%.

В структуре историй родов с ПОНРП, частичная непрогрессирующая отслойка составила 77,2%, ретроплацентарная гематома диагностирована в 22,8% случаев.

Неправильное положение плода наблюдалось в 3-х случаях при предлежании плаценты, что не было обнаружено при ПОНРП.

При изучении зависимости кровотечения от сопутствующей патологии при ПОНРП мы выяснили, что:

- хронический пиелонефрит 25,0%;
- миома матки 33,3%;
- гестоз, артериальная гипертензия 43,7%;
- сахарный диабет 8,3%;
- многоплодие 5,3%;
- травма живота 1,8%;
- аномалии развития матки 1,8%;
- рубцы на матке 48,3%,

при предлежании плаценты:

- гестоз 18,5%;
- хронический пиелонефрит 21,7%;
- хронический эндометрит 34,8%;
- миома матки 4,3%;
- сахарный диабет 30,4%;
- рубцы на матке 68,9%;
- курение 24,7%.

При изучении тактики ведения беременных с данной патологией, было выявлено: центральное предлежание - 100% случаев родоразрешение путем операции кесарева сечения; краевое предлежание, срок беременности с 37 по 40 нед. – 58,2% родоразрешение путем операции кесарева сечения, и 41,8% родоразрешение через естественные родовые пути; краевое предлежание, срок беременности с 24 по 34 нед. – сохраняющая терапия в 100%; ПОНРП с 35 по 37 нед. – 34,4% родоразрешение путем операции кесарева сечения; ПОНРП с 26 по 34 нед. – 42,8% сохраняющая терапия; ретроплацентарная гематома с 22 по 25 нед. – 22,8% сохраняющая терапия.

В заключении следует заметить, что кровотечения в поздние сроки беременности, как упоминалось выше - это наиболее частое осложнение второй половины беременности. Кровотечения чаще всего наблюдаются у повторнобеременных как с генитальной (хронические воспалительные заболевания матки и придатков, гестоз, миома матки, аборт, а также рубцы на матке после операций кесарева сечения, миомэктомии и др.), так и с экстрагенитальной патологией (эндокринные заболевания, болезни почек и др.). Необходимо своевременно диагностировать это осложнение у женщин в группе риска, определить степень его тяжести и провести адекватную и своевременную терапию для профилактики тяжелых последствий как для матери, так и для плода.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

К.Ж. Ибрагимова, Э.А. Исаева (V курс, лечебный факультет), М.В. Ковалева, К.С. Орищенко
(IV курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – асп. Н.В. Егорова

*Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета
(зав. - д.м.н., проф. С. П. Синчихин)*

Преждевременные роды являются одной из актуальных проблем современного акушерства. Частота данной патологии высока (4,5-10,1%) и имеет тенденции к снижению, при этом проводимая терапия не всегда бывает достаточно эффективной. Прогнозирование и выделение групп повышенного риска преждевременных родов имеет особую практическую значимость.

Преждевременные роды могут быть спровоцированы множеством различных факторов: курение, употребление алкоголя, большие физические нагрузки, инфекционные заболевания, хронические заболевания матери, наличие преждевременных родов в анамнезе, возраст матери менее 17 и более 35 лет.

Цель исследования- изучить факторы риска развития преждевременных родов.

Обследовано 165 женщин, у которых данная беременность завершилась преждевременными родами. Среди обследованных чаще наблюдались незамужние женщины, занятые физическим трудом. У 13% пациенток в анамнезе были преждевременные роды в различном сроке, 6% имели интервал между родами менее 2-х лет, у 15% женщин болезнь заканчивалась абортом. Результаты исследования показали, что курение составляет-48%, употребление алкоголя- 4%,большие физические нагрузки-34,5%, инфекционные болезни- 67%,хронические заболевания матери-36,3%,наличие преждевременных родов в анамнезе-13,4%.Приоритетное место среди основных причин родов принадлежит бактериально-вирусной инфекции- 67%.Среди возбудителей вирусной инфекции цитомегаловирус занимал 59%, хламидии- 5,4%, токсоплазма- 7,2%, вирус простого герпеса- 23,6%,

микоплазма- 1,8%, уреоплазма- 2,7%. Соматические заболевания встречались у каждой четвертой женщины. Хронические воспалительные заболевания отмечались в три раза чаще. Течение настоящей беременности осложнилось в 15% наблюдений угрозой прерывания, у 8% был ранний токсикоз, 5% перенесли ОРВИ, по поводу чего проводилась общепринятая терапия.

Закключение: Полученные данные свидетельствуют о доминирующем влиянии инфекции на частоту репродуктивных потерь, в связи с чем, снижение рецидивов, степени тяжести и длительности инфекционного процесса, своевременное проведение лечебно-профилактических мероприятий в этом направлении могут служить дополнительным резервом в снижении уровня репродуктивных потерь.

ОПЕРАЦИЯ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ

Д.А. Аликберова, Д.Н. Казакбиева
(VI курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н., доц. Л. В. Удодова

*Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета
(зав. - д.м.н., проф. С. П. Синчихин)*

Актуальность проблемы – во всем мире операция кесарево сечение имеет огромное значение, так как при осложненном течении родов позволяет сохранить здоровье и жизнь матери и ребенка. Расширение показаний к этой операции является одной из особенностей современного акушерства. Этому способствует развитие и совершенствование акушерской науки, нового шовного материала и другие факторы. За 2000 год частота ОКС в США составляет 21,2%, в Англии 21,5%, в Нидерландах 21,3%, в РФ 14,3%. Увеличение частоты ОКС в России сочетается со снижением перинатальной смертности. [1,2]

Задачи работы – определить за 10 лет частоту ОКС и сопоставить уровень перинатальной смертности по ГБУЗ АО Клиническому родильному дому за 2001-2011 года. Изучить динамику показаний, выбор методики и анестезиологического пособия ОКС, а также определить характер осложнений. Изучить особенности состояния новорожденных после кесарева сечения за 2001 год и 2011 год.

Методы исследования - для решения поставленных задач проведена статистическая обработка архивных данных, а также статистический отчет 100 историй родов за 2001 год и 100 историй родов за 2011 год.

Результаты исследования - частота ОКС по ГБУЗ АО Клиническому родильному дому с 2004 года по 2011 год увеличилась в 1,5 раза (2004 г.- 21%, 2011 г.- 32,3%), что привело к снижению уровня перинатальной смертности (2001г.18,2%; 2002г.18,6%; 2003г.15,6%; 2004г.14,7%; 2005г.11,5%; 2006г. -13%; 2007г.9,5%; 2008г.7%; 2009г.7,9%; 2010г.7,4%; 2011г.6,6%) Среди показаний на первое место выходит рубец на матке после предшествующего ОКС-29%, гипоксия плода-17%, гестоз-14%. При проведении ОКС методикой выбора является операция в нижнем сегменте. В клиническом родильном доме (ГБУЗ АО КРД) преимущественно используется эндотрахеальный наркоз, однако имеется тенденция роста применения эпидуральной анестезии. За анализируемый нами период времени средний объем кровопотери во время ОКС составляет 500-600 мл. Улучшились показатели состояния новорожденных, уменьшился процент асфиксий. Выводы: За последние 10 лет (2001-2011 года) в клиническом родильном доме выросло количество проведенных ОКС в 1,5 раза, при этом уровень перинатальной смертности снизился приблизительно в 3 раза. В показаниях к ОКС выявлен тренд увеличения случаев по неполноценности рубца на матке, гипоксии плода, гестозу. В технике операции предпочтение отдается операции в нижнем сегменте. Из анестезиологического пособия при ОКС преимущественно применим эндотрахеальный наркоз, но за последние годы отмечается внедрение современного метода эпидуральной анестезии (5%). Средняя кровопотеря при ОКС составляет 500-600 мл. За последние 10 лет состояние новорожденных, при правильной оценке с применением современных методов исследования при ОКС улучшилось, процент асфиксий уменьшился в 2 раза.

ИННОВАЦИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ГЕМОСТАЗА ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

А.П. Синельникова (VI курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – асп. Л. В. Степанян

*Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета
(зав. – д.м.н., проф. С.П. Синчихин)*

Предупреждение кровотечения при неразвивающейся беременности (НБ) является актуальной проблемой современного акушерства и гинекологии. Одной из причин материнской смертности является именно повышенная кровопотеря, составляющая 16,5% [1, 4].

При НБ риск развития коагулопатических кровотечений гораздо выше, так как гибель плодного яйца и нахождение его в полости матки запускает механизмы нарушения в системе гемостаза как на местном, так и на системном уровнях [2, 3].

Целью настоящего исследования является изучение инноваций в диагностике показателей системы гемостаза на местном и системном уровнях при НБ.

Данное исследование проводилось в двух группах пациенток. Основную группу составили пациентки с НБ (n=70), группу сравнения - пациентки с прогрессирующей беременностью, которые желали ее прервать (n=30). В системе гемостаза изучались такие показатели как ХПа-зависимый фибринолиз, антитромбин-III (АТ-III).

Пациентки данных групп были сопоставимы по возрасту, соматической и гинекологической патологии.

Средняя величина кровопотери по результатам нашего исследования в основной группе (n=70) $150 \pm 22,4$ мл, в группе сравнения (n=30) – $80 \pm 25,4$ мл ($p < 0,05$).

Кровянистые выделения из половых путей у женщин основной группы продолжались до конца 2-х суток, а в группе сравнения – в течение 1-1,5 суток ($p < 0,05$).

Анализ полученных данных ХПа-зависимого фибринолиза, АТ-III в сыворотке крови и аспирате из полости матки представлены на рисунках 1-2.

Как следует из представленных рисунков 1-2 при гибели эмбриона/плода риск развития коагулопатического кровотечения выше, чем при нормально протекающей беременности. Кроме того у всех пациенток с НБ до хирургического вмешательства как в аспирате из полости, так и в сыворотке крови показатели ХПа-зависимого фибринолиза, АТ-III в 2 раза превышают таковые по сравнению с показателями группы сравнения.

Таким образом, инновации в диагностике показателей системы гемостаза на местном и системном уровнях при неразвивающейся беременности можно использовать для профилактики коагулопатического кровотечения при данной патологии гестации.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

Е.С. Почукаева, Х.В. Магомедова
(V курс, педиатрический факультет)
Научный руководитель – к.м.н. асс. П.П. Горелов

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета (зав. - д.м.н., доц. Л. В. Дикарева)

Актуальность темы. Рак шейки матки (РШМ) в мире занимает второе место (после рака молочной железы) в структуре злокачественных новообразований органов репродуктивной системы и седьмое место среди всех злокачественных опухолей. РШМ имеет выраженную тенденцию к нарастанию заболеваемости у женщин репродуктивного возраста. По данным ВОЗ: ежегодно в мире раком шейки матки заболевают около 500 000 женщин (79% из них приходится на развивающиеся страны). При этом в мире ежегодно от рака шейки матки умирают более 200 000 женщин. Наиболее низкие показатели заболеваемости зарегистрированы в Китае (2,6 случаев на 100 000 женщин) [1].

Цель работы. Оценить в России стандартизированные показатели заболеваемости и смертности от рака шейки матки в зависимости от возраста больной, с учетом динамики их развития за период с 1989-2010 гг.

Материал и методы. Произведен ретроспективный анализ злокачественных новообразований шейки матки в структуре онкологической патологии по данным Росстата за период с 1989-2010 гг. [2,3,4].

Результаты.

В 2010 г. в России было зарегистрировано 14,7 тыс. больных раком шейки матки. За период с 2005-2010 г. прирост абсолютного числа заболевших составил 13,9%. Его доля в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями женского населения России снизилась с 7,0% (в 1989 г.) до 5,3% (в 2010г.) (5-е ранговое место). В возрастной группе 15-39 лет доля злокачественных новообразований шейки матки составляет 22,4%, в 40-54 г. она составляет 9,4% (2-е место после рака молочной железы). Прирост заболеваемости раком шейки матки в России составляет с 12,4 случаев на 100 тыс. женского населения (1989 г.) до 14,3 случаев на 100 тыс. (2010 г.) - 15,3%.

В России более 6,2 тыс. больных ежегодно умирает от рака шейки (4,6% среди всех злокачественных новообразований). Средний возраст умерших составляет 58 лет (в 1991 г. - 64 года). Смертность от рака шейки матки в среднем по России в 2010 г. составила (5,2 случаев на 100 000 женского населения), при этом была в 2,8 раза ниже, чем заболеваемость, на которую пришлось (14,3 случаев на 100 000 женского населения).

Закключение.

В сложившейся ситуации успех борьбы со злокачественными новообразованиями шейки матки определяется наличием и возможностью реализации научно обоснованной национальной противораковой программы, направленной на снижение заболеваемости, смертности и повышения показателей 5-летней выживаемости.

К ВОПРОСУ ОБ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ РЕПРОДУКТИВНОГО ПЕРИОДА

Э.С. Гейвандова (IV курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель – д.м.н., доц. Л.В. Дикарева

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета (зав. - д.м.н., доц. Л. В. Дикарева)

Аномальные маточные кровотечения (АМК) являются распространенной медицинской и социальной проблемой женщин репродуктивного возраста в большинстве развитых стран. Частота АМК по данным разных авторов варьирует от 5% [4] и даже до 30% [5] в структуре гинекологической заболеваемости. В последние десятилетия отмечается рост частоты АМК, этиология и патогенез которых недостаточно изучены.

Цель работы – изучить динамику частоты и возрастную структуру АМК в Астраханской области за период с 2009 по 2013 гг.

На базе Областного перинатального центра был проведен ретроспективный анализ статистических карт гинекологического отделения за период с 2009 по 2011 гг и проспективный анализ 35 случаев АМК пациенток репродуктивного периода, находившихся в гинекологическом отделении в 2012 - 2013 гг. Контрольную группу составили 15 здоровых женщин, добровольно согласившиеся на участие в исследованиях.

В ходе ретроспективного анализа нами было изучено 8857 статистических карт. При этом выявлено, что частота АМК в структуре гинекологической патологии составила в 2009 г – 11,4%, в 2010 г – 14,3% и в 2011г – 13,5%. Удельный вес АМК ювенильного периода – 0,4% случаев, репродуктивного периода – 51,1 % наблюдений, пременопаузального периода – 40,5 % и в постменопаузе – 8% случаев соответственно.

Возраст больных колебался от 13 до 84 лет, составив в среднем ($43 \pm 5,3$), но наиболее часто АМК наблюдалось в перименопаузальном периоде (45 – 55 лет).

Проспективный анализ больных с АМК показал, что наиболее часто отмечались жалобы на обильные и длительные менструальные кровотечения, боли внизу живота, слабость, головокружения, повышенную утомляемость.

Особенностью последних лет является все более широкое распространение в популяции экстрагенитальных заболеваний [2]. Обращает на себя внимание увеличение удельного веса сочетанной сопутствующей соматической патологии у женщин репродуктивного возраста. При этом в каждой исследуемой группе у пациенток было зарегистрировано от 1 до 5 экстрагенитальных заболеваний. При обследовании на момент поступления у 17,1% женщин (6) отмечалась анемия средней степени тяжести, а у 2,8% (1) – тяжелой.

Анализ сопутствующей экстрагенитальной патологии показал, что такие заболевания, как хронический пиелонефрит, гипертоническая болезнь и хронический гастрит встречались чаще, чем в контрольной группе ($p < 0,001$).

Подробное изучение акушерско-гинекологического анамнеза пациенток с АМК и контрольной группы показало, что средний возраст менархе у здоровых женщин составил 12 лет, а в исследуемой группе – 13 лет. Возраст наступления менструаций колебался от 11 до 13 лет в группе контроля и от 10 до 17 лет в исследуемой группе. У всех здоровых женщин менструации были регулярными и умеренными. У женщин с АМК в 14,2% наблюдений менструальный цикл отличался нерегулярностью и в 28,5% имела место альгоменорея. 60% пациенток с АМК при предыдущих менструациях отмечали умеренную кровопотерю, а 40% – гиперполименорею.

При анализе репродуктивной функции выяснено, что в группе контроля только 2 (8,6%) женщины однократно прерывали беременность, тогда как у 29 (82,8 %) пациенток с АМК были указания о ранее произведенном искусственном прерывании беременности, причем у 19 женщин (54,2 %) оно было не однократным.

Было отмечено, что значительный удельный вес приходится на сопутствующие гинекологические заболевания. У пациенток с АМК наиболее часто выявлялись миома матки (60%), хронические воспалительные процессы придатков (51,3%), хронический метроэндометрит (2,8%) и полип эндометрия (5,7%). В контрольной группе гинекологической патологии не зарегистрировано.

По результатам проведенного ультразвукового исследования органов малого таза у женщин с АМК в 52,4% случаев установлено наличие миомы матки размерами от 6 до 10 недель беременности. Толщина М-эхо у обследованных пациенток колебалась от 2 до 20 мм ($11,0 \pm 4$).

Всем женщинам в экстренном порядке было произведено раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки. Весь материал, полученный при манипуляции, был направлен на гистологическое исследование. По результатам гистологического исследования было выявлено: железистая гиперплазия эндометрия в 32,4% наблюдений, признаки эндометрита в 20,6% случаев, железисто-фиброзный полип эндометрия в 14,7% исследований. Кроме того, у 2,9% (1) пациенток были диагностированы железистый полип цервикального канала и сложная гиперплазия эндометрия.

Таким образом, в структуре экстренной гинекологической патологии значительную долю занимают АМК. Указанное обстоятельство требует проведения дифференциального диагноза, дообследования и устранения причин (адекватной терапии, в т. ч. гормонотерапии) АМК.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ЭПИЛЕПСИЕЙ

Ю.Д. Фокина (IV курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель – асс. Г.Г. Гвиниашвили

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета (зав. - д.м.н., доц. Л. В. Дикарева)

Актуальность. Примерно 50 миллионов людей в мире, то есть примерно 4-10 человек на каждую тысячу населения, страдают эпилепсией, 50% больных эпилепсией – лица женского пола. Существует целый ряд особенностей, имеющих чрезвычайно важное значение для жизни женщин, страдающих эпилепсией, включая влияние эпилепсии на половое развитие, менструальный цикл, беременность, роды, развивающийся плод и многое другое. К основным медицинским проблемам относятся: определение наличия противопоказаний к беременности при эпилепсии; вероятность возникновения эпилепсии у ребёнка при наличии эпилепсии у матери; влияние беременности на течение эпилепсии; влияние эпилепсии на течение беременности и родов; влияние эпилептических приступов на плод и состояние новорожденного; возможность возникновения пороков развития у детей, родители которых страдают эпилепсией; тактика лечения эпилепсии противосудорожными препаратами во время беременности; тактика наблюдения беременной женщины с эпилепсией; особенности течения родов у женщин с эпилепсией; приём противосудорожных препаратов матерью во время грудного вскармливания [3,4].

Цель: Изучить особенности течения беременности и родоразрешения у женщин, страдающих эпилепсией.

Задачи исследования:

1. Проанализировать вопросы подготовки к беременности, рассмотреть возможные осложнения беременности, родов и послеродового периода.
2. Выделить коморбидную патологию во время беременности у женщин, страдающих эпилепсией.
3. Проанализировать исходы беременности.
4. Оценить состояние детей, рождённых от матерей, страдающих эпилепсией.

Методы исследования:

1. Анамнестический
2. Клинический
3. Электрофизиологический
4. Ультразвуковой

Оценивались следующие параметры:

Возраст беременных, форма эпилепсии, тип приступов, длительность заболевания, частота приступов до беременности, во время беременности. Приём противоэпилептических препаратов, соматические осложнения данной беременности, течение беременности, методы родоразрешения, оценка состояния новорожденного.

Полученные результаты:

На базе ГБУЗ АО АМОКБ, перинатального центра за период с 2010 по 2012 гг. проведен ретроспективный анализ медицинской документации (форма №096У).

За исследуемый период с диагнозом эпилепсия родоразрешилось 50 пациенток. Возрастное распределение пациенток в исследуемой группе:

- До 20 лет (юные первородящие) 6%;
- 20-25 лет 64%;
- 25-30 лет 16%;

Старше 30 лет 14 %

У 72% исследуемых имела место криптогенная эпилепсия, в 16% - симптоматическая, в 12% - идиопатическая форма. В большинстве случаев (78%) регистрировались генерализованные приступы (тонико-клонические, миоклонические, абсансы), реже (22%) – фокальные (моторные, сенсорные, психомоторные).

Все пациентки принимали противоэпилептические препараты, однако лишь 20% продолжили их прием во время беременности:

- 4 беременные получали депакин хроно (средняя доза 500 мг 2 р. в сут.);
- 4 беременные финлепсин (средняя доза 200 мг 2 р. в сут.);
- 1 беременная фенобарбитал (средняя доза 70 мг в сут.).

Необходимо отметить, что беременность не повлияла на учащение приступов, даже у пациенток, которые перестали принимать противоэпилептические препараты.

У многих женщин беременность протекала с рядом следующих осложнений. Из которых, наиболее часто отмечался гестоз, ХФПН, ХВУГП (по 26%); реже кольпит - 10%; анемия – 8%; хронический пиелонефрит – 8%. Кроме того в исследуемой группе имелись нарушения зрения в виде миопии различной степени тяжести - 4%; нарушения сердечного ритма 2%; Отягощенный акушерский анамнез – 4%; симфизит – 2%; бронхиальная астма – 2%; нейроциркуляторная дистония – 2%; олигофрения – 2%; гепатит С – 2%; лuis – 2%.

В 42% наблюдений во время беременности отмечались отёки нижних конечностей. Ранний токсикоз беременных наблюдался в 29%. Угроза прерывания беременности - 29%.

В исследуемой группе, не смотря на наличие экстрагенитальной патологии в 60 % случаев пациентки родоразрешались через естественные родовые пути. У 40% была проведена операция кесарева сечения, причём эпилепсия не являлась абсолютным показанием к операции. Показаниями к оперативному методу родоразрешения стали: клинически узкий таз в 2%; преждевременное излитие околоплодных вод на незрелых родовых путях - 4%; несостоятельность рубца на матке - 4%; миопия высокой степени с изменениями на глазном - дне 10%; длительно текущий сочетанный ОПГ – гестоз, не поддающийся медикаментозному лечению - 10%; внутриутробная гипоксия плода, требующая предоставления медицинской помощи матери - 2%; синдром задержки развития плода не поддающийся терапии - 8%.

Оценивая состояние новорожденных детей, родившихся от матерей, страдавших эпилепсией можно констатировать, что в большинстве случаев это были доношенные новорожденные, не имевшие пороков развития со следующей оценкой по шкале Апгар:

- 5/7 баллов 2%;
- 6/7 баллов- 6%;
- 6/8 баллов– 2%;
- 7/7 баллов – 18%;
- 7/8 баллов – 56%;
- 7/9 баллов– 2%;
- 8/8 баллов – 14%

Заключение: проанализированные данные свидетельствуют о том, что 90% женщин страдающих эпилепсией рожают здоровых детей. Планирование беременности приводит к уменьшению риска неблагоприятного исхода беременности для ребёнка и матери. Эпилепсия существенно не увеличивает риск развития осложнений беременности, а беременность в большинстве случаев не утяжеляет течение эпилепсии. У женщин с эпилепсией во время беременности особое внимание должно уделяться оптимизации фармакотерапии с целью поддержания длительной ремиссии, уменьшению негативного воздействия самих приступов и АЭП на плод [1,2].

О РОЛИ ХРОНИЧЕСКОГО МЕТРОЭНДОМЕТРИТА В ПРИВЫЧНОЙ ПОТЕРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

А.П. Синельникова, Е.О. Третьякова, П.О. Чупанова,
А.В. Соколова (VI курс, лечебный факультет),
М.А. Федорченкова (V курс, лечебный факультет)
Научный руководитель – асп. К. С. Эльдерова

*Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета
(зав. - д.м.н., проф. С. П. Синчихин)*

Причинами невынашивания беременности различны. Однако проведенный нами анализ его развития позволил выделить одну из основных причин – инфекционный фактор.

Нами на базе Центра планирования семьи и репродукции г.Астрахань ретроспективно были исследованы амбулаторные карты 23 пациенток с невынашиванием беременности инфекционного генеза, а именно с хроническим метроэндометритом. Период исследования – с мая 2012года. Среди них были 4 женщины в возрасте 20-25 лет, в возрасте 25-30 лет – 13 женщин, в возрасте свыше 30 лет – 6 женщин, что составило 17,4%,

56,5% и 26,1% соответственно. Важно отметить, что среди пациенток с одним невынашиванием беременности в анамнезе было 16 женщин (69,6%), а у 7 женщин было более двух эпизодов невынашивания беременности. Среди пациенток данных групп имели одного полового партнера лишь 8 женщин, что составило 34,8%, а более двух половых партнеров имели 15 женщин, что составило 65,2%. Злоупотребляли курением 11 пациенток. Не имели вредных привычек 12 женщин.

На приемах врача акушера-гинеколога женщины преимущественно предъявляли жалобы на: расстройства менструальной функции в виде мено- и метrorрагий, ощущение тяжести внизу живота и болезненность во время полового акта; в анамнезе – самопроизвольные, привычные выкидыши, аборты, воспалительные заболевания органов малого таза, половые акты во время менструаций.

Всем женщинам проводились следующие методы диагностики: бактериологическое исследование мазка из цервикального канала, а так же диагностика с помощью ПЦР, РИФ, ИФА, гистероскопия, аспирационная биопсия, лазерная доплеровская флоуметрия. По данным исследования мазка из цервикального канала у 19 пациенток (82,6% от общего количества женщин) была обнаружена так называемая микст-инфекция. На первом месте по частоте встречаемости было сочетание *Trichomonada vaginalis* и *Clamidia tracomatis* в 9 случаях (39,1%). На втором месте по частоте встречаемости было сочетание *Clamidia tracomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum* в 8 случаях (34,8%). У 2 женщин (8,7%) было диагностировано сочетание грибов рода *Candida* и *Streptococcus B, D*. Лишь у 4 пациенток (17,4% от общего количества женщин) обнаруживалась моноинфекция. У 3 женщин обнаруживался *Herpes simplex virus II* (13,0%), а 1 женщины – *Cytomegalovirus* (4,4%) (Рис.1). По результатам гистероскопии у женщин выявлялись следующие морфологические признаки хронического метроэндометрита: толщина эндометрия неравномерная, белесоватая тусклая слизистая оболочка матки, местами гиперемирована и отечна. По результатам аспирационной биопсии у женщин выявлялись признаки: строма в поверхностном слое лимфоидного строения, глубже – волокнистого строения с большим количеством клеточных элементов, инфильтрация плазматическими клетками, железы в большом количестве, ветвящиеся, часть расширена, выстланы низким цилиндрическим эпителием, склероз спиральных артерий. По данным лазерной доплеровской флоуметрии гемодинамика в спиральных артериях снижена.

Без знания причин развития невынашивания беременности не может быть его успешное лечение. Выяснив причины невынашивания беременности у данных пациенток, а именно – хронический метроэндометрит, было назначено лечение. В качестве основного лечения у женщин назначался циклоферон (12,5% - 2мл в/м 1 раз в сутки по схеме в течении 10 дней) в сочетании с юнидоксом (с 4 дня по 0,1 рер os 2 раза в сутки в течении 14 дней. Так же были назначены противогрибковые препараты: дифлюкан, микосист, флуконазол (в стандартных терапевтических дозах). Для восстановления естественного состава микрофлоры был назначен бифиформ (по 1 капсуле рер os 1 раз в стуки в течение 1 месяца). Местно применяли тампоны с тетрациклиновой мазью в течение 10 дней. На фоне данной терапии пациентки получали грязелечение в условиях курорта «Тинаки» (грязевые тампоны, влагалищные орошения, «грязевые аппликации в виде «трусов»). Для эффективности лечения женщинам было рекомендовано использовать механические средства контрацепции в течение двух месяцев.

В результате проведенного лечения беременности наступила и благополучно прогрессирует у 14 женщин, что составило 60,9% от общего количества исследуемых женщин. На данный момент в I триместре беременности находятся 8 женщин, а 6 женщин – во II триместре. По данным плановых УЗИ, проведенных в соответствующие сроки в I и II триместрах, у беременных не наблюдается патологии развития плода.

Самой большой профилактической мерой может служить только внимательное отношение женщины к себе и своевременное обращение в квалифицированному врачу акушеру-гинекологу.

МИКРОБНЫЕ АССОЦИАЦИИ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРИВЫЧНОЕ НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

А.П. Синельникова (VI курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – асс., к.м.н. Кадыков А.М.

*Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета
(зав. – д.м.н., проф. С.П. Синчихин)*

В женской репродуктивной системе чрезвычайную роль играют инфекционные факторы различной этиологии. Как правило, наступление беременности сопровождается изменением иммунного статуса женщины. Вызванный иммунодефицит у беременной женщины с угрозой прерывания и невынашивания беременности усугубляется. Поэтому подтверждение наличия инфекционного процесса у женщин данных групп очень велико. Состав микрофлоры влагалища напрямую зависит не только от иммунного статуса, но и от эндокринной системы, от наличия вредных привычек, от количества хронических персистирующих заболеваний, от возраста женщины, от количества половых партнеров.

Проводя анализ 27 историй женщин с невынашиванием беременности в анамнезе на базе гинекологического отделения Городской клинической больницы №5 г. Астрахань, чаще у женщин выявляются

ассоциации возбудителей инфекционной патологии. По данным исследований мазков из цервикального канала урогенитальной колонизации *Trichomonas vaginalis* в сочетании с *Clamidia trachomatis* подвержены 13 женщин, что составило 48,2%. Сочетание *Clamidia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis* и грибы родов *Candida* выявлялись в 8 случаях, что составило 29,6%. Сочетание *Cytomegalovirus* и *Gardnerella* обнаружена у 2 пациенток, это составило 7,4%. Наличие в мазках *Herpes simplex*, грибы рода *Candida* и *Chlamydia trachomatis* у 3 женщин составило 11,1%. И только у 1 женщины *Herpes simplex* и *Streptococcus B, D*, что составило 3,7%.

Важно отметить, что воспалительные заболевания инфекционного генеза крайне неблагоприятно влияют на репродуктивную систему. В этом случае по данным различных авторов частота встречаемости невынашивания беременности развивается в 40-45% случаях. Исходя из проведенного исследования, можно сделать следующий вывод: перед планированием беременности, как женщине, так и мужчине стоит пройти обследование на наличие явных и скрытых инфекций, для выявления характера возбудителя и проведения соответствующей этиотропной терапии.

МАНЕВР «ПРОДЛЕННОГО РАЗДУВАНИЯ ЛЕГКИХ» У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

А.А. Батырова (V курс, педиатрический факультет),
Н.В. Николаева (VI курс, лечебный факультет)
Научный руководитель – асс. Л.В. Белинина

*Кафедра неонатологии с курсом общего ухода за детьми
(зав. – д.м.н. Р.И. Нургалиев)*

Актуальность: переход на новые технологии выхаживания глубоко недоношенных детей, родившихся с экстремально и очень низкой массой тела (ЭНМТ и ОНМТ), является одной из приоритетных задач, поставленных перед практическим здравоохранением Правительством Российской Федерации.[1] Респираторный дистресс-синдром новорожденных (РДСН) является наиболее частой причиной возникновения дыхательной недостаточности в раннем неонатальном периоде. Частота развития РДСН повышается при снижении гестационного возраста и массы тела ребенка при рождении.[2-3] У недоношенных со сроком гестации 28 недель, эта патология встречается в 60% случаев, а при сроке 32-36 недель составляет 15-20%.[4] Таким детям уже при рождении применяют методы лечения, относящиеся к высокотехнологичным. Очень важным является поддержание температурной защиты, а также применение с заместительной целью препаратов экзогенного сурфактанта (Куросурф). Еще одной важной особенностью является поддержание легочной вентиляции и стабилизации альвеол с целью создания адекватной функциональной остаточной емкости (ФОЕ) легких. Раньше с этой целью использовали назальный СРАР (пСРАР) при наличии у ребенка регулярного спонтанного дыхания. В настоящее время появилась новая методика для обеспечения стабилизации альвеол – маневр «продленного раздувания легких», заключающийся в создании «стартового искусственного вдоха» продолжительностью 15-20 сек. с давлением 20 см вод. ст., с концентрацией O_2 – 21%. Метод позволяет добиться наиболее эффективного расправления альвеол и формирования ФОЕ легких, что является предпосылкой для наилучшего распределения вводимого далее сурфактанта.[5] При установлении регулярного спонтанного дыхания ребенок переводится на пСРАР или при необходимости ему проводится искусственная вентиляция легких (ИВЛ).

Цель: проанализировать эффективность и выявить возможные осложнения методики «продленного раздувания легких» у недоношенных детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находились 17 новорожденных с ОНМТ и ЭНМТ, рожденных в период с 1.12.2012г по 28.02.2013г, которым сразу после рождения был применен маневр «продленного раздувания легких» (они составили 1 группу исследования). Во 2 группу (сравнения) вошли 17 новорожденных с ОНМТ и ЭНМТ, родившихся за аналогичный период (1.12.2011г-28.02.2012г) в том же родильном доме, до введения в практику нового метода лечения. В ходе исследования проводился анализ анамнестических и клинических данных, использовались инструментальные и лабораторные методы исследования.

Средняя масса тела при рождении у детей 1 группы составила $1015 \pm 352,5$ г, диапазон колебания от 420г до 1490г. Средний гестационный возраст составил - $28 \pm 3,5$ нед. (минимум- 22 недели). Во 2 группе новорожденных масса тела варьировала от 750г до 1500г и в среднем составила $1164,7 \pm 252,5$ г, а средний гестационный возраст – $28,5 \pm 2$ нед. (минимум- 25 недель).

В ходе исследования было выявлено, что у матерей новорожденных, как первой, так и второй группы имел место отягощенный акушерский анамнез [Рис. 1]. Дети обеих групп были рождены в асфиксии различной степени тяжести, средняя оценка по шкале Апгар в конце 1 минуты жизни составила у детей 1 группы – $4,5 \pm 1,5$ баллов, 2 группы – $4,6 \pm 2,3$ баллов.

В первой группе новорожденных после проведения маневра «продленного раздувания легких» у 4 детей появилось регулярное спонтанное дыхание, показатели SpO_2 и ЧСС достигли нормальных значений, была продолжена дыхательная поддержка с помощью метода пСРАР. У 13 детей после проведения маневра «продленного раздувания легких» регулярное спонтанное дыхание не появилось и в дальнейшем они были переведены на ИВЛ, из них у 4 новорожденных наблюдалась отрицательная динамика, вследствие чего проводилась высокочастотная осцилляторная ИВЛ (ВЧО ИВЛ). Во второй группе у 4 детей после оказания первичных реанимационных мероприятий в родильном зале появилось самостоятельное дыхание, они были переведены в отделение реанимации и получали дополнительную оксигенотерапию через кислородную палатку (2 детей) или на вспомогательную респираторную поддержку в режиме пСРАР (2 детей). У 13 новорожденных дыхание не восстановилось, они были заинтубированы и переведены на ИВЛ, из них 3 больным проводилась ВЧО ИВЛ, вследствие отрицательной динамики.

Заместительная терапия сурфактантом в первой группе не проводилась двоим детям (один ребенок умер в родильном зале, у второго появилось регулярное спонтанное дыхание). Однократно курсурф (в дозе 200 мг/кг) вводился 10 детям, двукратно – 5. Во второй группе 5 детям курсурф не вводился (у двоих отмечалось самостоятельное дыхание, 1 ребенок переведен в режим пСРАР, 1 – на ВЧО ИВЛ и один умер), однократно препарат вводился 12 детям.

Течение раннего неонатального периода у детей обеих групп было осложнено развитием РДСН различной степени тяжести, перинатальных поражений ЦНС и нарушениями гемостаза.

По результатам НСГ в обеих группах в 100% случаях зарегистрирована перивентрикулярная ишемия. В первой группе диагностировано внутрижелудочковое кровоизлияние (ВЖК) у 4 детей (I степени – 2, II степени – 2). Во второй группе общее количество детей с ВЖК составило 11, (I степени – 6, II степени – 5). Таким образом, у детей 2 группы частота встречаемости и тяжесть геморрагического поражения ЦНС была больше.

По результатам ЭХО-КС диагностировано функционирование фетальных коммуникаций: открытое овальное окно в первой группе встречалось у 4 детей, во второй – у 9; открытый артериальный проток (ОАП) в первой группе – у двоих новорожденных, во второй группе – у 6 детей. Т.е. частота встречаемости ОАП во 2 группе была выше, что также могло повлиять на тяжесть ВЖК у этих детей.

Геморрагический синдром диагностирован в обеих группах и составил 23%, причиной его явились ДВС синдром (вследствие ВУИ)- в 1 группе, и развитие легочного кровотечения вследствие гемодинамически значимого ОАП- у детей 2 группы.

Выводы. В результате проделанной работы была выявлена положительная динамика выхаживания недоношенных детей с ОНМТ и ЭНМТ при применении методики «продленного раздувания легких». Частота ВЖК снизилась вследствие лучшей оксигенации после проведения данной методики. Так же у детей 1 группы реже встречались функционирующий ОАП и легочное кровотечение. Синдрома утечки воздуха, как главного осложнения ИВЛ, выявлено не было.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА

М.К. Пшанова (II курс, педиатрический факультет)
Научный руководитель – д.м.н., доц. А.В. Коханов, И.С. Ямпольская

*Кафедра общей гигиены
(зав. – д.м.н., проф. В.С. Рыбкин)*

В связи с вышеуказанным, система мать-плацента-плод является объектом пристального изучения. Однако изучение данной системы сталкивается с целым рядом трудностей. Фетоплацентарный комплекс (ФПК), ввиду своей высокой специализации, и, благодаря тому, что в ходе гисто- и органогенеза происходит активнейшее деление и дифференцировка клеток, в значительной степени подвержен влиянию различных экзогенных субстанций, в том числе и лекарственных препаратов, несмотря на то, что большинство из них безопасны вне беременности. Кроме того, ФПК практически невозможно изучать инвазивными методами на людях из-за высокой опасности и неэтичности большинства используемых технологий, несмотря на их наибольшую объективность и достоверность.

Учитывая указанные ограничения и трудности в изучении фетоплацентарной системы, были предприняты неоднократные попытки моделирования плацентарной недостаточности в эксперименте, что привело к созданию множества различных моделей хронической плацентарной недостаточности. Наиболее легко воспроизводимыми и доступными для изучения моделями плацентарной недостаточности на сегодняшний день являются модели на животных.

Описано множество моделей хронической плацентарной недостаточности на животных. Наиболее приближенными к человеческой хронической плацентарной недостаточности (ХПН) признаны модели на овцах: умбиликоплацентарная эмболизация [2], модель теплового стресса [3], перевязка сосудов матки [5], создание хронической анемии путем ежедневного забора 25 мл крови [6]. На мышах разработаны биохимические модели плацентарной недостаточности, основанные на искусственной гиперкоагуляции крови путем введения различных прокоагулянтов [6]. На крысах разработана модель ХПН, основанная на перевязке преплацентарных сосудов [3]. На кроликах используются модели ХПН также основанные на перевязке преплацентарных сосудов [1, 4] и модели, использующие гемолизирующий эффект сапонин-коллагорола [5].

Целью настоящего исследования было разработать наиболее оптимальную модель хронической плацентарной недостаточности, пригодную для изучения характера изменений у плодов с задержкой внутриутробного развития на фоне воздействия препаратами, используемыми для лечения хронической плацентарной недостаточности.

Для эксперимента были отобраны 40 половозрелых самок крыс линии Vistar массой 120-170 г. с 21-22 дневным циклом гестации. После совокупления через 6-8 часов осуществляли цитологическое исследование содержимого влагалища, беременных крыс изолировали. На 13-й день беременности (в начале плацентации) и на 16-й день (период завершения плацентации и полного перехода на плацентарное кровообращение) животным делали частичную перевязку (около 40%) преплацентарных сосудистых областей непосредственно плодоставляющих каждого плода одного из рогов матки (подопытный рог), на другом роге подобная процедура не делалась (интактный рог).

Животных фиксировали к станку в положении на спине и под эфирным наркозом в асептических условиях вскрывали брюшную полость по средней линии. В операционную рану осторожно извлекались оба рога матки с плодами. Подсчитывалось число плодов в обоих рогах, осматривались плоды через стенку матки, фиксировалось состояние и степень их развития (наличие кровообращения в области плодоставляющих, маленькие размеры плода).

После подсчета и ревизии плодов производили частичную перевязку преплацентарных сосудистых ветвей (около 40%) непосредственно у плодоставляющих каждого плода одного из рогов матки. Этот рог условно называли подопытным, другой рог, где подобная процедура не проводилась – контрольным.

После перевязки сосудов рога матки с плодами последовательно погружали в брюшную полость и рану ушивали. Продолжительность операции 5-6 мин. Сразу же после операции животных отвязывали от станка и помещали в отдельную клетку, где они вели обычный образ жизни. Имели полный доступ к пище и воде.

В последний 21-й день беременности у животных под эфирным наркозом вскрывали брюшную полость, извлекали оба рога с плодами, производили подсчет плодов отдельно в контрольном и подопытном роге. Через небольшие надрезы матки последовательно извлекали плоды, пересекали пуповины, взвешивали и осматривали их.

Экспериментальное воспроизведение плацентарной недостаточности в разные сроки беременности убедило авторов, что оперативное нарушение маточно-плацентарного кровообращения именно на поздних этапах внутриутробного развития (16-й день) вызывает, как правило, значительное отставание в развитии плода. В более ранние сроки беременности (13-й день) чаще происходит самопроизвольная репарация поврежденного зародыша и к моменту рождения плоды мало отличаются от контрольных.

Масса выживших плодов из экспериментального рога значительно отставала от массы контрольных и составила 75,8% от таковой у последних. Таким образом, модель плацентарной недостаточности путем перевязки преплацентарных сосудов на 16-й день гестации оказалась наиболее соответствующей целям исследования.

Наряду с оперативным нарушением маточного кровотока, альтернативной моделью СЗРП может служить содержание крыс в период беременности и лактации на низкобелковой диете или просто их недостаточно калорийное питание. Имеются литературные данные, о том, что воздействие глюкокортикоидов на крыс во время беременности также может замедлять развитие плода.

В последние годы для моделирования СЗРП на беременных крысах нашел применение карбенексон (препарат, приводящий к подавлению плацентарной инвазии глюкокортикоидов), а также метирапон – лекарственное вещество, влияющее на выработку в организме человека гормона альдостерона; применяется для лечения синдрома Кушинга.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

БИОЛОГИЧЕСКОЕ ОРУЖИЕ

М.С. Азарян, А.Е. Горбань (IV курс, лечебный факультет)
Научный руководитель – к.м.н. Р.С. Аракелян

*Кафедра инфекционных болезней
(зав. каф. – д.м.н., проф. Х.М. Галимзянов)*

Биологическое оружие является одним из видов оружия массового поражения, применение которого способно вызвать в короткие сроки на больших площадях массовые поражения людей, сельскохозяйственных животных и растений. Его поражающее действие основано в первую очередь на использовании болезнетворных свойств патогенных микроорганизмов и их токсинов. Биологическое оружие имеет особое значение, поскольку действует исключительно на живую материю. Это одно из самых страшных и непредсказуемых по своим последствиям военных изобретений. И хотя попыток использовать его сугубо в военных целях было не так уж много, среди угроз международной стабильности 21 века это оружие занимает далеко не последнее место. По своему поражающему действию на человека БО намного превосходит химическое оружие и приближается к ядерному. При благоприятных условиях (направление и скорость ветра, влажность и температура воздуха) несколько килограммов спор сибирской язвы может вызвать такое же количество человеческих жертв, как и ядерная бомба, взорванная над Хиросимой.

Несмотря на международные конвенции о запрещении БО, военно-политическое руководство ряда государств по-прежнему рассматривает его в качестве перспективного средства массового поражения, способного в случае вооруженной борьбы решать оперативно-тактические и, особенно, стратегические задачи. Продолжаются исследования, связанные с совершенствованием принятых на вооружение боевых рецептур и созданием новых разновидностей патогенных микроорганизмов с повышенной поражающей способностью, устойчивых к факторам внешней среды, антибиотикам, другим лекарственным препаратам и средствам обеззараживания. Совершенствуются приемы и методы их скрытного распространения с целью массового заражения войск и населения. Кроме того, расширяются возможности для применения биологического оружия в биотерроризме.

Указанные обстоятельства диктуют необходимость изучения поражающих свойств БО и методов противобактериологической защиты.

Основу поражающего действия биологического оружия составляют бактериальные средства, к которым относятся болезнетворные микроорганизмы (бактерии, вирусы, риккетсии, грибки) и вырабатываемые бактериями токсины.

Под собственно биологическим оружием подразумевают специальные боеприпасы и боевые приборы со средствами доставки, снаряженные бактериальными (биологическими) средствами.

Современное биологическое оружие составляют специальные боеприпасы (авиационные бомбы, боеголовки ракет, мины, снаряды) и боевые приборы, снаряженные бактериальными средствами (бактерии, риккетсии, вирусы, биологические токсины), предназначенные для поражения людей, животных, растений с целью вывода из строя личного состава, экономического ущерба стране, деморализации населения и дестабилизации политической системы.

Чем же так «привлекательно» биологическое оружие для использования его в качестве оружия массового поражения?

Во-первых, биологическое оружие обладает возможностями стратегического характера и сравнимо по эффекту с ядерным, тогда как химическое оружие имеет более ограниченную сферу действия и в целом является тактическим.

Во-вторых, его создание и подготовка к скрытному применению относительно дешевы.

В-третьих, его доставка к месту диверсии и способ использования просты. БПА могут провозиться под видом простых лекарственных препаратов.

Наконец, в связи с наличием скрытого периода при диверсионном применении БПА из-за отсутствия мониторинга воды и атмосферы сложно установить время и «авторов» теракта, что позволяет скрыть сам факт диверсии.

Кроме того, по данным литературных источников, почти все виды бактерий, используемых в качестве средств поражения, относительно несложно выращивать на искусственных питательных средах, а массовое их получение возможно с помощью оборудования и процессов, используемых промышленностью при производстве антибиотиков, витаминов и продуктов современного бродильного производства.

В качестве биологических поражающих агентов могут использоваться возбудители, вызывающие особо опасные и опасные заболевания.

Из всего разнообразия биологических агентов, существующих в природе, в качестве потенциальных биологических агентов при совершении террористических актов могут быть использованы только несколько десятков биологических видов.

Большое значение придается контагиозности заболеваний, наличию симптоматики, устрашающе воздействующей на окружающих.

Кроме того, биологические агенты подразделяются в зависимости от объекта их воздействия на группы, способные вызывать преимущественно поражение людей, животных или растений, что определяется целью применения биологического оружия.

Биологические рецептуры могут быть жидкими и порошкообразными. Порошкообразная рецептура более стойкая при хранении, а жидкая достаточно хорошо сохраняет свои свойства при применении во время теракта.

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРАЗИТАРНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

М.С. Азарян (IV курс, лечебный факультет)
Научный руководитель – к.м.н. Р.С. Аракельян

*Кафедра инфекционных болезней
(зав. каф. – д.м.н., проф. Х.М. Галимзянов)*

Цель работы: Разработать и внедрить в практику новые методы диагностики паразитарных болезней.

По данным ВОЗ паразитарными болезнями в мире поражено более 4,5 миллиарда человек. В России ежегодно регистрируются около одного миллиона больных паразитарными болезнями. Истинное их число, по экспертным оценкам и данным выборочных обследований превышает 20 миллионов человек.

По оценкам специалистов, ежегодно число заболевающих паразитарными болезнями в России превышает 20 млн. и имеет тенденцию к увеличению. Таким образом, по числу больных паразитарные болезни в России уступают только острым респираторным инфекциям. Однако массовое распространение паразитарных болезней регистрируется во всех регионах мира. Экспертная оценка ВОЗ свидетельствует, что по числу больных гельминтозы стоят в мире на третьем месте, а малярия на четвертом среди всех наиболее значимых инфекционных и паразитарных болезней - 1,4 млрд. и 600 млн. больных соответственно. Для сравнения, ежегодное число больных гриппом и другими острыми респираторными инфекциями в мире составляет 395 млн. (шестое место). По величине ущерба, наносимого здоровью людей, кишечные гельминтозы входят в четыре ведущие причины среди всех болезней и травм.

Особенностью большинства паразитарных болезней является хроническое течение, не сопровождающееся развитием острых симптомов. Наиболее массовыми гельминтозами в России являются нематодозы, возбудителями которых служат круглые гельминты: острицы, аскариды, власоглавы, токсокары, трихинеллы и др. Диагноз энтеробиоза ежегодно ставится 600 – 900 тыс. детей.

Симптоматика большинства паразитарных болезней слабо выражена. Клинические проявления обусловлены многолетним присутствием возбудителя в организме больного (при отсутствии специфического лечения), что определяется продолжительностью жизни паразита или частыми реинвазиями (повторное заражение), интенсивностью инвазии и характером иммунного ответа больного.

Отсутствие необходимых знаний в области диагностики, клиники, лечения и профилактики паразитарных болезней, полная неинформированность населения о реальной опасности этой патологии и мерах личной профилактики не позволяют сделать благоприятный прогноз. Следует ожидать, что число больных паразитарными болезнями в России будет увеличиваться.

В настоящее время в диагностике паразитарных заболеваний применяют методы копроовоскопических исследований биологического материала от людей. Данные методы информативны в тех случаях, когда паразит (гельминт) находится в организме человека в желудочно-кишечном тракте, в частности, в кишечнике.

Такие методы диагностики, несмотря на прогресс в научно-техническом мире до сих пор остаются ведущими. К ним относятся исследование биоматериала от людей на яйца гельминтов и цисты патогенных простейших (методы Фюллеборна, Като и Бермана).

Данные методы позволяют обнаружить присутствие яиц гельминтов в испражнениях больного. Но наличие яиц гельминта возможно только в тех случаях, когда в организме человека находится самка паразита. Нередко бывают случаи, когда в организме у человека находится не самка, а самец. В данном случае исследование биологического материала на яйца гельминтов будет неинформативным.

Мы предлагаем в диагностике паразитарных болезней использовать методы лучевой, ультразвуковой диагностики.

Так, методами ультразвуковой диагностики возможно определение тканевых паразитов (дирофиляриоз) в организме человека. Самка дирофилярии яйца не откладывает. Ее излюбленным местом обитания является подкожно-жировая клетчатка. Мы также можем определить таких паразитов, как эхинококк и альвеококк, которые нередко «поселяются» у человека в виде различных кист на внутренних органах (печень, селезенка, легкие).

С помощью рентгенологических методов возможно определение гельминтов не только в желудочно-кишечном тракте человека, но и в других органах и системах.

Основными потребителями данного вида услуг могут быть как частные, так и государственные медицинские клиники.

ПРИМЕНЕНИЕ МАЗИ, ИЗГОТОВЛЕННОЙ НА ОСНОВЕ ЧЕСНОЧНОГО СОКА В ЛЕЧЕНИИ БОРОДАВОК

И.К. Аширов, А.С. Стулов (V курс, лечебный факультет)
Научный руководитель – к.м.н. Р.С. Аракельян

*Кафедра инфекционных болезней
(зав. каф. – д.м.н., проф. Х.М. Галимзянов)*

В пост, на убывающей луне, дотронуться бородавкой до сухой ветки, сказав при этом:
«Как в пост на блюде мясо пусто, так чтобы и бородавке было негусто». Бородавка засохнет и отпадет.

Народный заговор

В настоящее время проблема заболеваемости населения соматическими неинфекционными заболеваниями остается весьма актуальной. Первое место среди большинства заболеваний стремительно захватывают онкологические заболевания, однако, развитие современных методов инструментальных и лабораторных исследований позволяет обнаружить их на ранней стадии развития.

В дерматовенерологии и по сей день самым главным, важным и информативным методом обследования является внешний осмотр. К сожалению, большинство людей не обращают внимание на заболевания и дефекты кожи, которые не вызывают у них чувство дискомфорта, игнорируют их, не придавая значения. Одним из таких заболеваний являются бородавки.

Бородавки – доброкачественные новообразования кожи, возбудителем которых является папилломавирус человека. По статистике, хотя бы раз в жизни бородавки появлялись практически у 75% людей.

Появление бородавок связано с деятельностью вирусов. Передача вирусов происходит при непосредственном контакте больного человека со здоровым либо через предметы домашнего быта, также возможен половой путь (при локализации бородавок на половых органах). Кроме того, развитию заболевания способствуют такие факторы, как повышенная потливость, стрессы, снижение иммунитета, микротравмы кожи, ношение тесной обуви.

Выделяют 4 вида: обычные, плоские, подошвенные, остроконечные.

Единственным радикальным способом лечения бородавок является их удаление. На сегодняшний день существует довольно много методов, которые применяются. Это и лазер, и криодеструкция, электрокоагуляция, радиоволновой метод, химические препараты (концентрированные растворы кислот и щелочей) и т.д. Эффективность этих методов – от 50 до 94%. Но, к сожалению, ни один из них не дает 100% результата и не исключает возможность рецидивов.

Актуальность проблемы бородавок:

1. косметический дефект;
2. болевые ощущения при травме пораженной области;
3. невозможность уничтожить возбудителя;
4. Отсутствие абсолютного метода излечения заболевания;
5. Возможность перерождения в рак.

Цель работы: создать такой метод лечения бородавок, который снизит процент рецидива до минимума при отсутствии побочных действий метода.

Мы же предлагаем в качестве лечения использовать мазь на основе натурального сырья - чесночный сок.

Чеснок. Семейство луковые. Многолетнее луковичное растение с плоскими линейными листьями. Размножается обычно вегетативно, путем посадки отдельных долек сложной луковицы — «зубков». Всё растение имеет специфический запах. Широко культивируется в течение многих тысячелетий как ценное овощное и лечебное растение. Относится чеснок к особой группе овощей, обладающих острым специфическим запахом и вкусом.

Это растение богато углеводами (10,5-21,1 %), белками (36,7 %), минеральными солями и витаминами. Сок чеснока богат горчичным маслом, флавоноидами, а также минеральными веществами: калием, кальцием, магнием, натрием, фосфором. Есть в нем также железо, марганец, цинк, йод и медь. Содержание эфирных масел в чесноке достигает 150 мг %. Из витаминов в нем особенно много аскорбиновой кислоты — 70 мг %, а в зеленых листьях — до 150 мг % и другие полезные для человека соединения, о некоторых из которых уже говорилось выше: аденозин, аллицин, алликсин, ейхоен, диаллилтрисульфид.

Важно и наличие большого количества серы в чесноке. Серосодержащие вещества, или сульфиды, обладают удивительными свойствами. А в чесноке ученые насчитывают более 100 серосодержащих компонентов. Именно сульфиды сообщают чесночному соку невероятную силу в борьбе против стафилококков, дизентерийных и тифозных бактерий, бесчисленного числа грибков и дрожжей.

Задачи:

1. Разработать опытным путем противобородавочную мазь на основе чесночного сока.
2. Применить препарат в монотерапии и в комбинации с другими методами.

Конкурентные преимущества:

- Изготовление препарата из натурального сырья;
- Устранение сопутствующих гнойничковых, грибковых заболеваний за счет антисептического и фунгицидного свойств.
- Отсутствие выраженных побочных эффектов мази.
- Разрешение заболевания с минимальным косметическим дефектом (рубчик).
- Избежание оперативного иссечения бородавок.

В экспериментальных условиях проводились исследования по получению мази. Был получен положительный результат. Мазь, состоящая из вазелина, при добавлении сока чеснока не теряет своих гомогенных свойств. Однако ряд технологических этапов и окончательная апробация метода требуют дополнительных исследований.

Мы предлагаем свой инновационный метод лечения бородавок, т.к. он является наиболее удобным, безболезненным, возможным для применения в домашних условиях. Стоит отметить, что из всех методов чесночная мазь обладает наименьшими побочными действиями, лишь в виде гиперемии локального участка. Также не отрицается комбинирование с ныне существующими способами лечения, чтобы достичь максимального эффекта.

ИННОВАЦИОННЫЙ ON-LINE АТЛАС ЛАБОРАТОРНЫХ АРТЕФАКТОВ В ДИАГНОСТИКЕ ИНФЕКЦИОННОГО И ПАРАЗИТАРНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

М.В. Беловол (VI курс, лечебный факультет)
Научный руководитель – к.м.н. Р.С. Аракелян

*Кафедра инфекционных болезней
(зав каф – д.м.н., проф. Х.М. Галимзянов)*

Цель работы: экспериментальным путем разработать инновационный атлас лабораторных артефактов в диагностики заболеваний инфекционного и паразитарного происхождения, основанного на клинических и научно-литературных данных и применить его в лабораторной диагностике заболеваний инфекционного и паразитарного происхождения

В последние годы проблема заболеваемости населения соматическими инфекционными заболеваниями остается весьма актуальной. Первое место среди большинства паразитарных заболеваний приходится на долю энтеробиоза, эхинококкоза, дифиллоботриоза, среди инфекционных заболеваний в зависимости от сезонности на первые места выходят: летний период – кишечные инфекции, КГЛ, АРЛ, осенне-весенний период – ОРВИ, грипп. Ухудшение экологической обстановки, потепление климата, различные метеоро- и природные катаклизмы способствуют появлению новых, ранее неизученных заболеваний. Число лиц, страдающих инфекционными и паразитарными заболеваниями, растет с каждым годом не только в нашей стране, но и во всем мире.

Учитывая это очень важно вовремя определить возбудителя данного заболевания. В первую очередь необходимо отметить комплексность современной лабораторной диагностики. Сегодня вряд ли можно говорить о том, что какой-то из методов, применяемый изолированно, способен дать объективные и достоверные результаты. Как правило, уже на начальном этапе принятия решения о подборе необходимого комплекса диагностических мер требуется поставить вопрос о разумном сочетании различных – как новейших, так и хорошо зарекомендовавших себя традиционных – методов исследования с целью верификации присутствия инфекционного агента у пациента. Исключительную важность имеет также доказательность участия инфекционного агента именно в том патологическом процессе, который наблюдают клиницисты. Проблема заключается в том, что многие инфекционные агенты, с которыми приходится сталкиваться в ежедневной практике, относятся к так называемой латентной, или оппортунистической группе.

Выявление таких агентов, как это ни парадоксально, не всегда является свидетельством их участия в патологическом процессе. Иногда инфекционный агент может быть обнаружен, однако его участие в воспалительном процессе оказывается минимальным либо вообще отсутствует, поскольку в данном случае он является сапрофитной флорой. Это касается многих как вирусных, так и бактериальных инфекций. Для того чтобы назначать этиологическое, а не синдромальное лечение, необходимо проводить мультифакторное исследование, стремясь точно определить роль того или иного патогена в конкретной клинической картине. Условно все методы можно разделить на две большие группы: прямые методы выявления патогена, когда лаборатория стремится выделить фрагмент возбудителя (наследственный материал или антигены) или с помощью культурального посева обнаружить патогены на искусственных питательных средах, и косвенные. К прямым методам диагностики следует отнести бактериологический анализ, микроскопию и иммунофлуоресценцию и различные методы ДНК-диагностики (в первую очередь – амплификационные и гибридизационные технологии).

К косвенным методам относятся гистология, инструментальный анализ и, конечно, серологический анализ, то есть анализ гуморального ответа организма на присутствие патогена. В связи с этим имеется ряд трудностей: Это, прежде всего, ошибки, связанные с нарушением правил забора, хранения и транспортировки проб, вторую группу составляют ошибки, связанные с неверной диагностической стратегией врача, использующего ПЦР-диагностику. Приведем примеры таких ошибок.

Первая, когда не учитывается специфичность используемых тест-систем. Больной А. с предполагаемым диагнозом "респираторный хламидиоз" направлен на исследование хламидий в соскобе с задней стенки глотки. При постановке ПЦР использовалась видоспецифическая тест-система, выявляющая фрагмент генома *C. trachomatis*. Результат исследования отрицательный. Врач снимает предполагаемый диагноз. Однако у больного может иметь место инфекция, вызванная *C. pneumoniae*, *C. pecorum*, *C. psittaci*, которые не улавливаются данной тест-системой. Поэтому при назначении ПЦР-исследования больному врач должен четко представлять границы специфичности применяемых тест-систем.

Врач не учитывает особенности персистенции и элиминации возбудителя. Больная Б. с хроническим хламидийным цервицитом направлена на контрольное исследование через 1 неделю после окончания курса антибиотикотерапии. Результат анализа положительный. Делается вывод о неэффективности проведенной терапии. Такое заключение может быть ошибочно в силу того, что погибшие и персистирующие хламидии дают положительный результат ПЦР-анализа. Окончательный вывод об излеченности можно сделать не ранее, чем через 5-6 недель после курса антибиотикотерапии. Это срок необходим для смены эпителиального слоя, в клетках которого паразитируют хламидии.

Таким образом, своевременное и точное выявление того или иного патогена имеет огромное значение в проведении правильного этиологического лечения, а соответственно в выздоровлении пациента. Но так как имеется ряд трудностей в определениях инфекционных агентов, то возможен как «подручное» пособие

инновационный атлас лабораторных артефактов в диагностики заболеваний инфекционного и паразитарного происхождения. Который в свою очередь будет включать большинство всевозможных, частых ошибок при диагностике заболеваний. Это во много раз ускорит правильную постановку диагноза, соответственно своевременное лечение.

Действительно, как показывает практика, каждая лаборатория накапливает определённый опыт. Однако, этот опыт чаще всего остаётся локальным и, в лучшем случае, передаётся, что называется "по наследству" от одного специалиста к другому. Решение, которое предлагают авторы проекта, поможет объединить специалистов в данном направлении, а, следовательно, оптимизировать и ускорить процесс диагностики заболеваний инфекционного и паразитарного происхождения, а, значит, уменьшить количество возможных ошибок на этапе вынесения диагноза. Работа над проектом предполагает несколько этапов.

На первом этапе, планируется систематизировать опыт специалистов, задействованных в проекте, а также привлечь к проекту астраханские лаборатории с целью формирования расширенной базы данных. На данном этапе также будут разработаны первые версии атласа, как в бумажном, так и в цифровом виде.

На втором этапе, на основании полученных данных будет разработана оптимизированная модель интерфейса будущего портала. Пользователи портала будут разделены на две группы. К обязательной регистрации, которая будет предоставлять доступ к закрытой части портала, будут приглашаться врачи и специалисты. Регистрация этой группы пользователей будет проходить в несколько этапов. На последнем этапе будет осуществляться визуально-аудиальная проверка реальность пользователя (skype). Необходимость в такой процедуре объясняется функционалом портала. В частности, каждый пользователь сможет ознакомиться с информацией о том или ином возбудителе болезней (фотография объекта, известная на данный момент информация о разновидностях объекта (штаммах), как протекает болезнь, предполагаемое лечение). Здесь же можно будет задать вопрос специалисту. Администратор портала просматривает вопрос, находит специалиста, и через некоторое время выкладывает ответ. Зарегистрированные пользователи получают доступ к закрытой части портала, где будет вестись непосредственный обмен мнениями и опытом. Именно здесь и будет представлена информация из атласа артефактов, которая будет пополняться и расширяться по мере поступления новых данных. В качестве площадки для общения будет использоваться форум. Поскольку большинство информации, которая будет располагаться в закрытой части, весьма специфична и понятна непосредственно только практикующим специалистам, то предлагаемая модель поможет избавить форум от информационной шелухи (комментариев не по теме, советов неспециалистов, рекламных предложений и просто спама), которыми наполнены многочисленные медицинские форумы и порталы, и будет способствовать конструктивному диалогу. Такая модель поможет объединить опыт врачей, в силу объективных причин, не имеющих возможности обмениваться опытом каким – либо другим способом.

Планируется, что портал будет не только давать возможность для общения узкоспециализированным специалистам, но и приносить прибыль. В частности, на портале можно будет продавать места для рекламных баннеров. Такая рекламная площадка будет интересна коммерческим лабораториям, поликлиникам, частным медицинским кабинетам, аптекам. На первом этапе, в качестве потенциальных рекламодателей, рассматриваются астраханские резиденты. После того, как будет разработана коммерческая схема получения прибыли и учтены все нюансы, возможность размещения рекламных баннеров получат представители других городов и областей.

Также для пользователей, которые не имеют постоянного доступа в сеть на рабочего места, будет предлагаться цифровая версия атласа, бумажная версия и версия на диске.

ПРОТИВОДЕЙСТВИЕ БИОЛОГИЧЕСКОМУ ТЕРРОРИЗМУ

И.А. Бондарева (IV курс, педиатрический факультет)
Научный руководитель – к.м.н. Р.С. Аракельян

*Кафедра инфекционных болезней
(зав. каф. – д.м.н., проф. Х.М. Галимзянов)*

С давних времен люди знали о заразных болезнях, эпидемии которых приносили угрозу вымирания целых народов. Знали и для спасения своего, когда спасались бегством, а когда, от безысходности, пили только вино и ели только прожаренное мясо, уповая на Господа ... Но история знает и случаи, когда заразные болезни являлись оружием одной из воюющих сторон.

Объектами совершения БТА могут стать:

- Отдельная персона – общественный государственный деятель, промышленник, бизнесмен и т.д.;
- Конкретная (ограниченная) группа лиц. Под группой понимается количество людей не более 100 человек;

- Случайная (неограниченная) группа лиц, т.е. толпа, поток людей, превышающий 100 человек.

Наибольший поражающий эффект при совершении БТА может быть достигнут в результате аэрозольного применения БПА. Зоной проведения БТА в условиях города может быть:

1. «Комната» - замкнутое, плохо вентилируемое помещение объемом до 400 м³;
2. «Зал» - помещение, имеющее объем более 400 м³;
3. «Здание» - конструкция, отличающаяся от модели «зал» наличием воздушных вертикальных потоков и возможностью герметизации отдельных помещений;
4. «Туннель»;
5. «Метро» - как совокупность «залов» и «туннелей»;
6. «Ландшафтный желоб» - пространство, протяженное в одном направлении и ограниченное по краям таким образом, что воздухообмен через эти границы затруднен, что позволяет значительное время поддерживать поражающую концентрацию биологического аэрозоля;
7. «Единичное транспортное средство» - автомобиль, автобус, морское, речное, воздушное судно, вагон, железнодорожный состав и т.п.

Вторым по значению механизмом передачи заразного начала для достижения существенного поражающего эффекта при БТА является алиментарный путь. С его помощью, используя в качестве конечных факторов передачи пищевые продукты и воду, террористы могут поразить значительное количество населения при минимальном расходе биологических средств поражения. Подсчитано, чтобы заразить 20 млн. литров питьевой воды с содержанием при этом в каждых 20 мл одной летальной для человека доза ботулинического токсина - 1 мкг - достаточно использовать всего лишь 240 г рецептуры токсина типа А.

Третьим по значению механизмом передачи заразного начала может служить трансмиссивный путь, реализуемый по средствам рассеивания на местности или в помещении искусственно зараженных переносчиков (блох, комаров, клещей).

Скрытность биологического теракта приводит к возможному появлению инфекционных заболеваний среди населения территории, сотрудников поражаемых объектов раньше, чем будет установлен факт применения БА при террористическом акте.

В мирное время скрытое террористическое применение БПА может быть использовано для решения двух основных задач:

1. Нанесение крупномасштабного политического, экономического, военного или иного ущерба государству, промышленным, сельскохозяйственным, военным объектам, населенным пунктам с целью дискредитации государства, срыва выполнения экономических, военных, политических программ, создания в стране хаоса, существенного воздействия на здоровье населения или личного состава Вооруженных сил.

2. Достижение экономических, политических и других целей различных экстремистских групп, когда необходимо изгнать иностранные силы с национальной или этнической территории, захватить территорию, добиться суверенитета, сменить руководство, экономическую, политическую или религиозную систему.

Основными задачами противодействия биологическому терроризму являются:

- выявление и устранение причин и условий, способствующих возникновению и распространению терроризма;
- выявление, предупреждение и пресечение действий лиц и организаций, направленных на подготовку и совершение террористических актов и иных преступлений террористического характера;
- привлечение к ответственности субъектов террористической деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- поддержание в состоянии постоянной готовности к эффективному использованию сил и средств, предназначенных для выявления, предупреждения, пресечения террористической деятельности, минимизации и (или) ликвидации последствий проявлений терроризма;
- обеспечение безопасности граждан и антитеррористической защищенности потенциальных объектов террористических посягательств, в том числе критически важных объектов инфраструктуры и жизнеобеспечения, а также мест массового пребывания людей;
- противодействие распространению идеологии терроризма и активизация работы по информационно-пропагандистскому обеспечению антитеррористических мероприятий.

Многообразие биологических агентов, которые могут служить потенциальным оружием в руках террористов, внезапность их использования, охват больших территорий с поражением людей, животных и растений, контаминация пищевых продуктов, питьевой воды и объектов окружающей среды, затрудняющие выбор методов защиты, а также глубоко эшелонированная система биологической защиты и недостаточная грамотность населения, требуют серьезных мероприятий по заблаговременной подготовки всех служб системы, тренинга личного состава, обучения населения и готовности предприятий промышленности к выпуску защитной продукции.

Основной задачей, от правильного решения которой во многом зависит эффективность дальнейших лечебных и профилактических мероприятий, является своевременная диагностика первых случаев инфекции. Проведение экстренной профилактики начинается сразу же после установления факта применения бактериологического оружия или появления среди личного состава или мирного населения массовых инфекционных заболеваний неизвестной этиологии. Основными формами борьбы с эпидемиями являются обсервация и карантин.

Все эти мероприятия должны быть направлены на предупреждение всех видов инфекционных заболеваний, которые могут угрожать состоянию биологической безопасности страны и граждан

В частности, это: натуральная оспа, чума, сибирская язва, туляремия, ботулизм.

И в заключение можно сказать, что «...по меньшей мере, 10 стран располагают такими коллекциями, и это чревато случайными утечками, которые создадут чрезвычайную ситуацию для всего мирового здравоохранения».

(Из доклада Конгрессу США группы экспертов ЦРУ, 1999)

МОДИФИЦИРОВАННЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ЭНДОПАРАЗИТОВ У ЖИВОТНЫХ И ЧЕЛОВЕКА

И.А. Бондарева (IV курс, педиатрический факультет)
Научный руководитель – к.м.н. Р.С. Аракельян

*Кафедра инфекционных болезней
(зав. каф. – д.м.н., проф. Х.М. Галимзянов)*

В медицинской лабораторной паразитологии описано множество различных способов диагностики кровепаразитов у животных и человека. Один из таких способов, применяемых в нашей стране – диагностика сыворотки крови, которую отстаивают и сразу же исследуют. При этом микроскопию крови производят под небольшим (x100) увеличением микроскопа. Кровь забирается у обследуемого животного в темное время суток.

Основным существенным недостатком известного способа является невозможность обнаружения паразитов при низкой степени инвазии, кроме того невозможно осуществить видовую идентификацию паразита.

Наиболее близким аналогом заявляемого технического решения является способ диагностики кровепаразитов, заключающийся в том, что берут 1 мл венозной крови обследуемого животного и 10 мл 1% раствора уксусной кислоты, смешивают кровь в такой пропорции и центрифугируют в течение 5 минут при 1500 об/мин. Надосадочную жидкость смешивают, а осадок переносят на предметное стекло, где готовят мазок, высушивают при комнатной температуре, фиксируют в смеси Никифорова, окрашивают краской Романовского в течение 20 – 60 мин, промывают под проточной водой, высушивают и микроскопируют сначала по малым увеличением (x100), а при подозрении на паразита – под большим (x400).

Основным существенным недостатком известного способа является невозможность определения личинок кровепаразитов при микроскопии без окрашивания препарата.

Основной задачей, решаемой способом, разработанным нами, является ускорение процесса диагностики, сокращение финансовых затрат и повышение достоверности за счет детальной идентификации возбудителя на разных стадиях заболевания.

Поставленная задача решается в изобретении за счет того, что смешивают кровь животных или человека, разведенного в столовом уксусе из расчета 1:5, размешивают смесь с последующим ее отстаиванием в темном холодном месте, центрифугируют ее, а затем сливают надосадочную жидкость, добавляя несколько капель метиленового синего и вновь центрифугируют ее, надосадочную жидкость сливают, а осадок переносят на предметное стекло, готовят мазок, который после высушивания, фиксируют над пламенем горелки и окрашивают одновременно растворами из метиленовой сини по Леффлеру (исследуемый материал наносили на чистые обезжиренные предметные стекла, растирали на воздухе, а затем фиксировали над пламенем горелки в течение 1 – 2 мин. На фиксированный препарат наносили метиленовый синий по Леффлеру и проводили окраску в течение 3 мин) и по Цилю (наносили несколько капель основного фуксина Циля на фиксированный мазок и окрашивали препарат в течение 1 – 3 мин.), в разведении в дистиллированной воде в соотношении 1:1:18, а затем высушивают еще раз мазок при комнатной температуре и микроскопируют под увеличением с иммерсией (x1000) с определением вида возбудителя.

Кроме того поставленная задача решается в изобретении за счет использования в способе в качестве основного химического реагента для разведения крови столового уксуса, разведенного в дистиллированной воде из расчета 345 мл – дистиллированной воды и 4,75 мл – столового уксуса.

Указанные выше существенные признаки в совокупности решают одну задачу с получением технического эффекта – ускорение процесса диагностики при сокращении затрат на химический реагент и повышение достоверности диагностики за счет детальной идентификации возбудителя на различных стадиях заболевания. При этом каждый из существенных признаков предлагаемого решения необходим, а вместе взятые достаточны для реализации поставленной задачи.

Было обследовано 536 служебных собак, в т.ч. 67 собак оказались инвазированными. Экстенсивность инвазии составила $12,5 \pm 1,4\%$.

Основные преимущества заявляемого решения по сравнению с прототипом является: использование разведенного столового уксуса менее токсично для экспериментатора, менее дорогостояще и более быстрое при постановке диагноза.

ИННОВАЦИОННОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРИРОДНЫХ МИНЕРАЛОВ – ОПОК В ЛЕЧЕНИИ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЧЕЛОВЕКА

И.М.Валишова (V курс, лечебный факультет)
Научный руководитель – к.м.н. ассистент Аракельян Р.С.

*Кафедра инфекционных болезней
(зав. каф. – д.м.н., проф. Х.М. Галимзянов)*

Цель работы: разработать и внедрить в медицинскую практику использование природных минералов – опок, добываемых на территории Астраханской области.

В последние годы, как в отечественном, так и в зарубежном здравоохранении все более пристальное внимание уделяется народным средствам лечения различных заболеваний. При чем под словом «народных» подразумевается экологически чистые, природные или растительные препараты, полученные путем добывания их из окружающей среды.

Одним из таких «народных препаратов» являются глина или природные минералы.

Глина - одно из древнейших народных средств лечения самых разных заболеваний. Поскольку это средство природное, оно выгодно отличается от химических своей экологической чистотой.

Наружное применение глины основано главным образом на том, что она обладает прекрасными теплоудерживающими свойствами. Лечебные качества глины известны народной медицине издавна. Но долгое время лечение глиной не применялось широко. В последние годы ученые вновь обратились к исследованию этого уникального природного препарата и доказали неоспоримую пользу глины в лечении разнообразных заболеваний. Применение глины сейчас настолько широко, что с ее помощью в некоторых клиниках излечивают такие тяжелые недуги, как туберкулез и рак.

Древнее народное поверье о том, что глина поглощает болезнь, основано на том факте, что она способна адсорбировать все вредные вещества и выводить их из человеческого организма. Если химические лекарственные средства, убивая микробов, наносят непоправимый ущерб организму, так как от их воздействия страдают и здоровые клетки, и естественная микрофлора организма, то применение глины в качестве антисептика совершенно безопасно и даже приносит пользу. Ведь глина способствует развитию иммунитета к злокачественным микроорганизмам и оздоравливает клетки, укрепляет и даже омолаживает их.

Применяют глину и внутрь. Она служит прекрасным источником радия, который доставляет организму в необходимых дозах. В ней также содержатся важнейшие микроэлементы и минеральные соли именно в том виде и пропорциях, в которых они лучше всего усваиваются организмом. Так, глина служит прекрасным источником железа, кальция, кремния, азота, магния, в ней содержатся такие специфические вещества, как каолинит, гидрослюда, монтмориллонит и др.

Способность глины выводить токсины из крови, улучшать обмен веществ, очищать от шлаков, приводить в норму электромагнитное поле клеток делает ее незаменимым средством при лечении заболеваний желудочно-кишечного тракта, почек, крови, печени, кожи и других органов.

Наружное применение глины при лечении язв, заболеваний опорно-двигательного аппарата очень эффективно, так как дает быстрый результат. Лечение глиной разрешается людям любого возраста, поскольку она не несет негативных побочных свойств. Более того, ее применение может быть даже настоятельно рекомендовано людям преклонного возраста, так как глина дает замечательный омолаживающий эффект. Полезна она также беременным женщинам и кормящим матерям - помогает избавиться от токсикоза и прекрасно налаживает лактацию.

Способность глины снимать воспаление и восстанавливать поврежденные ткани используется при лечении незаживающих язв, старых гематом, ушибов и переломов, артритов и остеопорозов, маститов и варикозного расширения вен. Глина помогает снять любую боль - головную, зубную, боль в спине, в суставах или от ушибов.

Так как глина обладает свойством "забирать" болезнь, т. е. вбирать в себя вредные вещества из человеческого организма, с давних времен считалось недопустимым повторное ее использование (кроме слабых глиняных растворов, которые можно применять несколько раз). Народные целители рекомендовали зарыть использованную глину в землю, чтобы она вернулась туда, откуда была принесена на свет, забрав с собой все человеческие хвори, и похоронив их под землей.

Глины могут быть разного цвета. Это различие обусловлено составом содержащихся в них примесей. Так, с лечебными целями чаще всего используются белая, розовая и голубая глины. Наиболее ярко выражены лечебные свойства у последней. Именно голубая глина получила в настоящее время самое широкое применение в медицине и косметологии. Ее применяют и в чистом виде, и смешивая с поваренной и морской солью, дрожжами, медом и молочной сывороткой, разбавляя настоями лекарственных трав.

Мы же предлагаем в качестве более высокого и лучшего сорбента использовать природный минерал – опоку, которого в Астраханском регионе находится огромное количество.

Преимущество опоки в том, что по сравнению с другими видами глин, она является самым сильным сорбентом.

Опока обладает уникальными лечебными свойствами: антитоксичными и адсорбирующими свойствами, выводит патогенные вещества из организма, прекрасно оздоравливает его.

Наружно опоку можно использовать в виде аппликаций примочек, в виде порошка для приема внутрь, в виде теплых плиток в качестве примочек. Опоку также можно использовать в виде лечебных ванн.

Опока – это прочная пористая кремнистая осадочная горная порода. Опока состоит в основном из микрозернистого водного аморфного кремнезёма (до 97%) обычно с примесью глины, песка, глауконита и др. от других минералов опока отличается большой однородностью и раковистым изломом. Цвет от светло-серого до тёмно-серого, почти чёрного. Чистые разновидности опоки характеризуются высокими адсорбционными свойствами.

Опока обладает значительной твердостью: по шкале Мооса она составляет 4-5. Плотность опоки от 2230 до 2320 кг/м³, но встречаются разновидности и с низкой объемной массой - около 1000 кг/м³.

Экспериментальным путем доказано, что использование опоки в различных состояниях (порошок, жидкая масса, твердый минерал) дает положительный эффект в течение нескольких суток.

Так, при мочекаменной болезни после 30 дневного курса приема опоки в виде порошка привело к полному излечению больного. Также, при гинекологических заболеваниях (миома, аднекситы, сальпингоофориты) отмечались положительные эффекты.

Часть исследований будет произведена на базе ООО НПП «Центр паразитологии» и ООО МПФ «Аквапласт».

ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЙ РЕЖИМ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ

Е.А. Галкина, Е.А. Зубкова
(IV курс, педиатрический факультет)
Научные руководители – к.м.н. Р.С.Аракельян, ст.преподаватель Д.Д. Мехреньгин

*Кафедра инфекционных болезней
(зав. каф. – д.м.н., проф. Х.М. Галимзянов)*

*Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф
(зав. каф. – к.п.н., доц. Н.Н. Касаткин)*

Напряженная эпидемическая обстановка по опасным инфекционным заболеваниям в ряде стран мира в условиях все более расширяющихся межгосударственных контактов создает реальную угрозу заноса их на территорию РФ, в том числе в войска (на флот). Не исключена также возможность появления этих заболеваний среди личного состава, находящегося в зонах природных очагов или эпидемически неблагополучных районах на территории РФ, а также на сопредельных территориях. Актуальной является проблема биологического терроризма.

Все это требует целенаправленной работы медицинской службы в воинских частях (на кораблях) и в лечебных учреждениях по предупреждению заноса и распространения опасных инфекций, постоянной готовности к своевременному и квалифицированному проведению профилактических и противоэпидемических мероприятий.

Строгий противоэпидемический режим - режим, осуществляемый на этапах медицинской эвакуации, ведущих прием пораженных биологическими средствами и больных особо опасными инфекциями, включающий полную изоляцию этапа, обеспечиваемую вооруженной охраной территории.

Мероприятия, направленные на предупреждение заноса в войска (на флот) опасных инфекционных заболеваний, регламентируются комплексными планами противоэпидемических мероприятий по санитарной охране территории от завоза и распространения опасных болезней и синдромов инфекционных болезней неясной этиологии. Планы разрабатываются командованием и медицинской службой военного округа, флота (флотилии), объединения, базы при участии санитарно-эпидемиологических учреждений, согласовываются с заинтересованными ведомствами и службами, местной администрацией, подлежат регулярной корректировке в соответствии со складывающейся санитарно-эпидемической обстановкой на местах.

Комплексный план предусматривает перечень мероприятий с указанием срока исполнения, ответственных за их выполнение лиц по следующим разделам:

- организационные мероприятия;
- подготовка кадров;
- профилактические мероприятия;
- противоэпидемические (оперативные) мероприятия при выявлении больного (подозрительного) опасной инфекционной болезнью или синдромом неясной этиологии.

Одним из важных разделов работы по локализации очага опасной инфекции и ликвидации заболеваний в нем является перевод работы медицинского пункта части, лечебного учреждения на строгий противоэпидемический режим (СПЭР). СПЭР предусматривает полную изоляцию медицинского пункта, лечебного учреждения, предупреждение выноса инфекции за их пределы, а также защиту от заражения медицинского персонала и лиц, находящихся в них.

Основными элементами строгого противоэпидемического режима являются:

- перестройка работы медицинского пункта, лечебного учреждения и перераспределение функциональных обязанностей личного состава, материальных средств с учетом проведения необходимых и противоэпидемических мероприятий в очаге;
- организация вооруженной охраны медицинского пункта, лечебного учреждения;
- запрещение входа и выхода из них всем лицам, кроме медицинского персонала, привлекаемого для проведения мероприятий в очаге, прекращение всякого передвижения больных;
- изоляция больного (подозрительного) опасной инфекцией на месте его выявления по эвакуации;
- временная изоляция лиц, находившихся на амбулаторном приеме в медицинском пункте части (органи-

зации, поликлинике) или в приемном отделении лечебного учреждения, а также лиц, сопровождавших больного, в одном из свободных помещений;

- использование медицинским персоналом защитной одежды соответствующего типа при работе в очаге;
- проведение экстренной профилактики медицинскому персоналу и всем лицам, бывшим в контакте с больным (подозрительным) опасной инфекцией;
- соблюдение особых мер предосторожности при заборе материала от больного на исследование и его транспортировании в лабораторию, исключающих распространение инфекции и заражение медицинского персонала;
- принятие необходимых мер по предупреждению заражения поверхностей и предметов оборудования медицинского пункта, лечебного учреждения выделениями больного, проведение текущей и заключительной дезинфекции;
- прекращение выписки больных из медицинского пункта, лечебного учреждения.

Выявление больного (подозрительного) опасной инфекцией наиболее вероятно в медицинском пункте (поликлинике) во время амбулаторного приема больных, среди больных, находящихся в его лазарете или в лечебном учреждении (в приемном отделении или в одном из лечебных отделений).

Врач (фельдшер) при выявлении больного (подозрительного) опасной инфекцией, не выходя из кабинета (палаты), докладывает начальнику медицинской службы части (начальнику лечебного учреждения) о случившемся по телефону или через нарочного и в соответствии с ранее разработанным планом немедленно приступает к переводу медицинского пункта (лечебного учреждения) на работу в условиях строгого противоэпидемического режима.

ЦЕНТР ДИАГНОСТИКИ ЭНДОПАРАЗИТОВ У ЖИВОТНЫХ

К.Г. Гасанов (врач-ординатор)
Научный руководитель – к.м.н. асс. Аракельян Р.С.

*Кафедра инфекционных болезней
(зав. каф. – д.м.н., проф. Х.М. Галимзянов)*

Цель работы: разработать и внедрить в практику новые методы лабораторной диагностики гельминтозов у животных, а также создать инновационную лабораторию диагностики гельминтозов у животных.

Проблема гельминтозов, вызываемых различными возбудителями в нашем регионе остается весьма актуальной. Только более 90% всех гельминтозов, приходится на долю контактных гельминтозов, в т.ч. в большинстве случаев у детей. В то же самое время, на первый план выходят такие гельминтозы, регистрируемые, как у животных, так и у человека, как токсокароз и диروفилариоз. В отношении последнего говорит его малая изученность. За последние годы число случаев инвазий данным гельминтозом неуклонно возрастает, особенно на южных территориях Российской Федерации (Ростовская, Астраханская, Волгоградская области) и в сопредельных государствах (Украина, Белоруссия, Прибалтийские республики). Имеющиеся в зарубежной литературе данные о возможности паразитирования диروفиларий не только под кожей и слизистыми оболочками у человека, но и во внутренних органах, делают необходимым и изучение этого заболевания, разработки методов своевременной клинической диагностики болезни и ее профилактики.

До недавнего времени проблеме выявления, лечения и профилактики диروفилариоза у представителей псовых и кошачьих в нашей стране уделялось мало внимания, т.к. считалось, что это весьма редкий, не имеющий существенного медицинского и ветеринарного значения гельминтоз, который к нам завозят из стран тропического и субтропического климата.

Если рассматривать заболевание с точки зрения эпидемического процесса, то источником инфекции являются представители псовых (собака) и кошачьих (кошка), переносчиком заболевания служат обыкновенные комары, которые способны переносить данный гельминтоз от собак или кошек, либо к человеку, либо к кошкам и собакам.

Вызывает заболевание небольшой паразит или глист, как часто называют гельминтов. Само заболевание уникально тем, что в отличие от других паразитов передается человеку или животным через укус обыкновенных домашних комаров, которых в нашем регионе огромное множество, как в теплое, так и в холодное время года не только в подвалах, но и в городских квартирах. Всего на территории Российской Федерации у человека зарегистрировано более 500 случаев этого заболевания. Астраханская область занимает 3 место по заболеваемости в России, уступая в этом Ростовской и Волгоградской областям.

По заболеваемости среди собак Астраханской области, пораженность распределяется следующим образом: служебные собаки – 7 – 9%, домашние – 38 – 64%. А учитывая, что переносчиком данного гельминтоза являются обычные домашние комары, пораженность которых в нашем регионе составляет 11,03%, не исключается роль, что в ближайшее время и человек будет представлять эпидемиологическую опасность с точки зрения распространения дирофиляриоза. Заболевание для животных опасно тем, что у собак и кошек при нем в 90% случаев наблюдается летальный исход. Причем заболеванию подвержены собаки и кошки различных пород и возрастов. Наиболее «излюбленным» возрастом у собак является возраст от 1 до 5 лет. При наличии у животного клинической симптоматики практически во всех случаях наблюдается летальный исход. Так, по нашим подсчетам пораженность домашних животных в городской черте составляет 20 – 22% (это в условиях появления клинической симптоматики).

Если рассматривать заболевание в отношении людей, то в данном случае оно может доставить человеку ряд неприятностей. У человека паразит находится под кожей, в большинстве случаев он может поселиться в области глаз, тем самым причиняя ему ряд неудобств: боль в месте нахождения паразита, зуд, отек, чувство шевеления и переползания в месте локализации паразита. И не случайно, что в переводе с латинского дирофиляриоз называется – «ужасная ползающая нить».

Известно использование метода исследования сыворотки крови и методов концентрации при диагностике дирофиляриоза у собак.

Прямая микроскопия капли свежей крови под малым увеличением микроскопа (x10) – наиболее легкий, удобный и быстрый метод диагностики дирофиляриоза. Недостатками этого метода являются: трудность диагностирования дирофиляриоза при низкой интенсивности инвазии, необходимость иметь под рукой микроскоп в рабочем положении и предметные стекла, исследование необходимо проводить сразу же после взятия крови, что создает неудобства в работе. Кроме того, при малой подвижности микрофилярий их бывает трудно обнаружить среди большого количества эритроцитов. При высокой температуре окружающего воздуха, свежий мазок крови быстро высыхает, что создает дополнительные трудности в исследовании.

Использование метода концентрации с применением 2% раствора формалина и 0,1% раствора метиленовой сини требует больших временных затрат. Кроме того, при использовании указанного метода большинство личинок погибает, и их бывает трудно обнаружить в исследуемом материале.

Предлагаемый нами метод позволит сократить временные и финансовые затраты и будет способствовать детальной идентификации возбудителя на ранних стадиях заболевания.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АСКАРИДОЗА В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Е.С. Жиденко (V курс, лечебный факультет)
Научный руководитель – к.м.н. асс. Аракельян Р.С.

*Кафедра инфекционных болезней
(зав. каф. – д.м.н., проф. Х.М. Галимзянов)*

Аскаридоз известен с глубокой древности. Упоминание об этом заболевании встречается в знаменитом папирусе Эберта (VI ст. до н. э.) и в трудах Гиппократов. Возбудителя аскаридоза впервые описал К. Линней в 1758 г.

В 2011 г. в Астраханской области зарегистрировано 3859 случаев паразитарных заболеваний, в т.ч. аскаридоза – 80 человек, что составило 2,1% от общего числа всех зарегистрированных в регионе гельминтозов.

В наших наблюдениях, аскаридоз регистрировался не только у взрослых – 29 сл. (36,3%), но и у детей – 51 сл. (63,8%). По возрастам гельминтоз распределялся следующим образом: 1 год – 2 сл. (3,9%), 2 года – 11 сл. (21,6%), 5 лет – 6 сл. (11,8%), 6 лет – 5 сл. (9,8%), 7 лет – 2 сл. (3,9%), 8 лет – 3 сл. (5,9%), 9 лет – 10 сл. (19,6%), 10 лет – 4 сл. (7,8%), 11 лет – 1 сл. (1,9%), 14 лет – 6 сл. (11,9%) и 16 лет – 1 сл. (1,9%).

Аскаридоз регистрировался как в городской черте – 21 сл. (26,2%), так и в сельских районах – 59 сл. (73,8%). Так, по районам Астраханской области, наиболее часто аскаридоз регистрировался в Ахтубинском районе – 37,4% (30 чл.), Камызякском районе – 12,5% (10 чл.), Икрянинском районе – 7,4% (6 чл.), Харабалинском районе – 6,3% (5 чл.) и Наримановском районе – 5% (4 сл.). В единичных случаях аскаридоз регистрировался в Володарском, Красноярском, Лиманском и Приволжском районах – по 1,3%. В Енотаевском и Черноярском районах, а также в г. Знаменске аскаридоз не регистрировался.

Клинически заболевание протекало следующим образом: беспокойный сон – 27 сл. (33,7%), снижение аппетита – 23 сл. (28,8%), послабление стула – 16 сл. (20,0%). В 14-х сл. (17,5%) заболевание протекало по типу аллергических реакций неясной этиологии.

Во всех случаях диагноз был поставлен лабораторным путем после обнаружения гельминта, идентифицированного, как нематода *Ascaris lumbricoides*. Во всех случаях была обнаружена самка гельминта.

ИННОВАЦИОННОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОПОКИ В ДЕЗИНТОКСИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПАРАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ЧЕЛОВЕКА

М.В.Беловол (V курс, педиатрический факультет)
Научный руководитель – к.м.н. асс. Аракельян Р.С.

*Кафедра инфекционных болезней
(зав. каф. – д.м.н., проф. Х.М. Галимзянов)*

«Паразитические черви являются далеко не невиновными сотрапезниками, а злостными паразитами, влияющими весьма патогенно на своих хозяев».

К.И. Скрябин, 1923 г.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения паразитарными болезнями поражено более половины населения планеты. Медицинское значение имеют более 270 видов гельминтов, относящихся к трем классам: Nematoda (круглые черви), Cestoda (ленточные черви), Trematoda (сосальщики). Для каждого из перечисленных классов паразитических червей характерны строго определенные морфологические и биологические свойства, жизненные циклы их развития. Вызываемые ими заболевания различаются по характеру патогенеза, клиники, эпидемиологии и особенностям профилактики. Присущи им и другие различия, в том числе, в методах диагностики и способах лечения.

Ткани и продукты обмена гельминтов вследствие сложности своего строения и биохимизма могут быть источником большого числа антигенов. Разнообразие антигенов в значительной мере определяет многообразие реакций гиперчувствительности, развивающихся в организме человека при инвазии гельминтами. Наиболее частыми аллергическими состояниями при гельминтозах являются: эозинофилия и тромбоцитопения крови, крапивница, бронхиальная астма, гиперемия, кровоизлияния, тканевые отеки, гипотония, анафилактический шок. Системные аллергические реакции могут развиваться при эхинококкозе в тех случаях, когда происходит разрыв эхинококковой кисты. При слабо выраженных реакциях появляется только уртикарная сыпь. Если прорыв содержимого эхинококковой кисты произойдет в сосудистое русло или во внутренние полости организма больного, возможен анафилактический шок и летальный исход заболевания.

Поглощение гельминтами питательных веществ, микроэлементов, витаминов у инвазированных лиц приводит к нарушению питания, авитаминозам, развитию анемии, эндокринным и другим расстройствам. В результате дети, пораженные гельминтами, отстают в формировании психического статуса, испытывают затруднения в приобретении знаний, более часто болеют различными инфекционными и соматическими заболеваниями

Токсико-аллергические реакции как следствие паразитизма известны давно. Они являются результатом взаимодействия гельминта претерпевающего различные стадии развития с организмом «хозяина», его защитной системой. Некоторые гельминты в процессе своей жизнедеятельности выделяют особые вещества, которые являются сильными ядами. Они разносятся по организму и поражают в первую очередь такие ткани, как нервная и мышечная. Значительная часть паразитов является источником таких ядов уже после своей гибели, когда "отравляющие вещества" выделяются в результате разрушения возбудителя. Именно поэтому недостаточно убить паразитов. Их нужно также немедленно вывести из организма. В литературе описаны случаи тяжелых токсических осложнений, развившихся у пациентов, которым проводилась дегельминтизация без применения средств, способствующих изгнанию паразитов из организма.

Аллергический компонент воздействия паразитов очень часто связан с миграцией личиночных стадий возбудителей в организме человека, что можно проследить на примере аскаридоза.

Дезинтоксикационная терапия (от франц. disintoxication - борьба с отравлением, обезвреживание) — комплекс лечебных мероприятий, направленных на прекращение воздействия на организм токсических веществ или снижение его интенсивности. Включает в себя лечебную помощь при экзогенных интоксикациях и ускорение выведения токсических веществ эндогенного происхождения. Основные задачи дезинтоксикационной терапии при отравлениях экзогенными ядами: обезвреживание, фиксация и выделение их из организма.

Показанием для применения дезинтоксикационной терапии являются наличие клинических признаков интоксикации и состояние патологического процесса, позволяющее предвидеть скорое её возникновение, если функциональное состояние внутренних органов (в первую очередь печени и почек) при этом требует дезинтоксикационной терапии. Первоочередное значение в проведении дезинтоксикационной терапии имеют: парентеральное введение изотонических растворов солей, глюкозы, обильное питье, улучшение кровоснабжения тканей для вымывания токсичных веществ (реологически активные препараты и др.), при эндогенных интоксикациях — диуретические средства.

В последние годы, как в отечественном, так и в зарубежном здравоохранении все более пристальное внимание уделяется народным средствам лечения различных заболеваний. Причем под словом «народных»

подразумевается экологически чистые, природные или растительные препараты, полученные путем добывания их из окружающей среды.

Одним из таких «народных препаратов» являются глина или природные минералы.

Применяют глину и внутрь. Она служит прекрасным источником радия, который доставляет организму в необходимых дозах. В ней также содержатся важнейшие микроэлементы и минеральные соли именно в том виде и пропорциях, в которых они лучше всего усваиваются организмом. Так, глина служит прекрасным источником железа, кальция, кремния, азота, магния, в ней содержатся такие специфические вещества, как каолинит, гидрослюда, монтмориллонит и др.

Способность глины выводить токсины из крови, улучшать обмен веществ, очищать от шлаков, приводить в норму электромагнитное поле клеток делает ее незаменимым средством при лечении заболеваний желудочно-кишечного тракта, почек, крови, печени, кожи и других органов.

Мы же предлагаем в качестве более высокого и лучшего сорбента использовать природный минерал – опоку, которого в Астраханском регионе находится огромное количество.

Преимущество опоки в том, что по сравнению с другими видами глин, она является самым сильным сорбентом и минералом, оказывающим дезинтоксикационное воздействие на организм человека.

Опока обладает уникальными лечебными свойствами: антитоксичными и адсорбирующими свойствами, выводит патогенные вещества из организма, прекрасно оздоравливая его.

Опока – это прочная пористая кремнистая осадочная горная порода. Опока состоит в основном из микрозернистого водного аморфного кремнезёма (до 97%) обычно с примесью глины, песка, глауконита и др. от других минералов опока отличается большой однородностью и раковистым изломом. Цвет от светло-серого до тёмно-серого, почти чёрного. Чистые разновидности опоки характеризуются высокими адсорбционными свойствами.

МНИМЫЕ ПАРАЗИТОЗЫ

Н.А. Заплетина, А.С. Стулов, В.М. Филиппова (V курс, лечебный факультет), К.В. Четкина (V курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель – к.м.н. асс. Аракельян Р.С.

*Кафедра инфекционных болезней
(зав. каф. – д.м.н., проф. Х.М. Галимзянов)*

В последнее время практически врачам нередко приходится сталкиваться с проблемами мнимых паразитозов. Как правило, возбудителями мнимых паразитозов являются гельминты; простейшие или членистоногие описываются пациентами значительно реже.

Мнимые паразитозы часто находят у себя лица, страдающие различными соматическими и психическими расстройствами, а также лица старческого возраста

Больные с мнимыми паразитозами часто обращаются к клиницистам-паразитологам с рассказами о бесконечных посещениях «абсурдных», «невнимательных», «незаинтересованных» или «невежественных» врачей. Описан случай мнимого паразитоза у матери с дочерью, которые посетили 103 врачей и одного ветеринара за 6 месяцев болезни.

Случай 1. Женщина 75 лет. Обратилась на кафедру инфекционных болезней с материалом – частичками слизи. Материал ежедневно выделяется у ее мужа из прямой кишки при каждом посещении им туалета. Со слов женщины, муж в течение нескольких лет болен онкологическим заболеванием «рак прямой кишки». В связи с этим муж неоднократно получал соответствующее лечение, которое не приносило облегчение. В последнее время женщина пыталась самостоятельно лечить мужа народными средствами. По ее мнению, врачами был выставлен неправильный диагноз – свой диагноз она поставила на основании клинической картины и жалоб мужа: «Гельминтоз». Последние 6 месяцев лечит мужа клизмами из неразведенного медного купороса. В результате таких вливаний, муж по ее словам очень сильно кричит. Женщина объясняет это тем, что из его организма выходят паразиты, а доставленный материал есть не что иное, как сами паразиты.

После идентификации и разъяснения специалистом, что доставленный материал никак не может быть паразитом, женщина заявила, что в лаборатории ей довелось общаться с некомпетентными специалистами, которые ничего не знают.

Больные с мнимыми паразитозами, как правило, любят искать и находить у себя несуществующих паразитов, которых никто не видит, но они у них присутствуют. Такие больные, после каждого посещения туалетов, начинают искать в унитазе таких паразитов, якобы вышедших из них в момент акта дефекации.

Случай 2. В сентябре 2011 г. на кафедру был доставлен материал, извлеченный из унитаза после акта дефекации. Материал доставил мужчина 44 лет. После 2-х дневного исследования, весь доставленный материал был идентифицирован, как семечки от клубники. Когда пациент обратился за результатом исследования, было выяснено, что накануне дефекации, он съел несколько килограммов клубники. После обнаружения в кале

«непонятных частиц», он извлек их и после тщательной обработки: сырая холодная вода, сырая горячая вода, кипяченая вода, спирт, перекись, снова кипяченая вода, спирт – материал был доставлен в лабораторию.

В большинстве пациенты обращаются к своим участковым терапевтам, однако, описание мнимых паразитозов в литературе в 90% случаев приводят дерматологи, в остальных – психиатры, другие медработники, энтомологи, работники социального обеспечения.

Случай 3. В августе 2012 г. на кафедру инфекционных болезней за консультацией обратилась женщина 65 лет с жалобами на зуд и гиперемию в верхней трети левой голени, появление небольших темных полос в области правой ладони. Из анамнеза выяснено, что неделю назад в ягодичной области появилось небольшое покалывание. На следующий день в нижней трети левой голени появилось чувство переползания и шевеления. Через день подобные симптомы появились одновременно на правой голени и левом коленном суставе. Женщина лечилась самостоятельно компрессом на основе столового уксуса, после чего симптомы исчезали.

Накануне вечером у больной вновь появились жалобы на зуд и чувство переползания в области верхней трети левой голени. После расчеса пораженного участка из небольшой раны, со слов больной выделился паразит черного цвета, извлеченный паразит был помещен в баночку со спиртом, где и растворился.

На просьбу врача-паразитолога доставить весь извлеченный материал для идентификации на кафедру, больная ответила категорическим отказом, т.к. паразиты видны только ей и при их выделении, они растворяются у нее в руках. В случаях их помещения в спиртовой раствор, только сама больная может их там наблюдать, а специалистам они будут не видны.

Большинство больных страдают классическими, «учебными» случаями мнимых паразитозов. Они очень часто пишут письма, которые включают в себя зарисовки паразитов или их образчики. Содержание этих писем, как правило, предсказуемо: «вложенные образчики получены из моего организма. Это микроорганизмы, это маленькие черные пятнышки, которые кусают меня подобно комару и прячутся под кожу. Если я беспокою это место, они начинают кусать меня под кожей всего тела, как будто они объединились. Они сидят также в глазах, ушах, носе, прямой кишке и мочеполовом тракте...».

Случай 4. 20 декабря 2012 г. на кафедру инфекционных болезней АГМА обратилась больная, 43 лет с жалобами на боль, зуд и жжение в кончиках пальцев рук и ног.

Из анамнеза выяснено, что неделю назад дома травила крыс и мышей, в результате чего получила укус сосальщиком. Вскоре после этого почувствовала боль и шевеление паразита во всем теле. Особенно беспокоила боль в кончиках пальцев на руках и на ногах. Самостоятельно расковыряла иголкой места локализации паразита (как сама определила), где обнаружила паразитов размером в несколько миллиметров. Такие манипуляции продолжала в течение всей недели, вплоть до обращения к врачу.

20.12.12 г. обратилась за медицинской помощью в кабинет экстренной помощи в ОИКБ, откуда была направлена на консультацию к паразитологу на кафедру инфекционных болезней. Было рекомендовано пройти обследование на дифилляриоз. Больная требовала одновременно с забором крови провести ей удаление паразита.

Анализ крови на микрофилярии и малярию от 21.12.12 отрицательный.

21.12.12 больная обнаружила дома крючковатого паразита, который находился у нее дома в углу (с ее слов – проводила повторную дезинфекцию квартиры и обнаружила данного паразита). На просьбу врача-паразитолога доставить материал в лабораторию для его исследования, ответила, что паразит извлекается, но сохранить его нет возможности, т.к. он очень маленький и его не видно.

После беседы с врачом, решила обратиться к участковому хирургу с просьбой удалить из ее тела паразитов.

До недавнего времени лечение больных с мнимыми паразитозами представляло собой почти неразрешимую проблему. Психотерапия была эффективна лишь в единичных случаях. Чаще всего пациенты отказывались общаться с психотерапевтами, которые пытались убедить их в отсутствии у них паразитоза. Эффективность антидепрессантов была также весьма ограниченной.

Поэтому, исходя из всего описанного, следует тщательно выслушать пациента, провести его обследование и постараться убедить в неправильности его суждения и представления о болезни.

СОВРЕМЕННАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ СЛУЖБА АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ В СТРУКТУРЕ РОСПОТРЕБНАДЗОРА

Н.А. Заплетина (V курс, лечебный факультет)
Научный руководитель – к.м.н. Р.С. Аракельян

*Кафедра инфекционных болезней
(зав. каф. – д.м.н., проф. Х.М. Галимзянов)*

С марта 2005 г. санитарно-эпидемиологическая служба носит название Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в РФ в своей структуре имеет непосредственно

Управление Роспотребнадзора по субъектам Федерации и Центры гигиены и эпидемиологии также по субъектам Федерации. Все Центры гигиены и эпидемиологии имеют в своей структуре как оперативные, так и лабораторные подразделения. Так ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Астраханской области» представлен 5 лабораториями: санитарно-гигиенической, бактериологической, вирусологической, паразитологической и лабораторией обеспечения эпидемического надзора за особо-опасными инфекциями.

Структура санитарно-гигиенических лабораторий, проводимых санитарной Службы в Астраханской области представлена 12 санитарно-гигиеническими лабораториями.

Санитарно-гигиеническая лаборатория занимается проведением исследований пищевого сырья и пищевых продуктов, питьевой воды и воды открытых водоёмов, сточной воды, почвы, изделий из полимерных материалов, товаров детского ассортимента, материалов, контактирующих с пищевыми продуктами, атмосферного воздуха и воздуха рабочей зоны, физических факторов. Специалисты лаборатории являются членами токсикологических бригад системы наблюдения и лабораторного контроля.

Проблема по физической безопасности населения по отношению к воздействию источников физических факторов неионизирующей природы возрастает с каждым годом в связи с ростом числа объектов - источников физических факторов: новых видов связи, компьютеров и т.д. Рост числа исследований ЭМП обусловлен внедрением новых систем мобильной связи. Увеличение числа пользователей персональными компьютерами, интенсивное оснащение компьютерных классов учебных заведений, открытие компьютерных клубов и игровых залов ведёт к необходимости санитарно – эпидемиологического контроля над ними. Все это влечёт за собой необходимость освоения новых приборов для проведения замеров физических факторов и определения влияния их на здоровье населения.

В сложных условиях социально-экономических преобразований в стране обеспечивается контроль за санитарно-эпидемиологической обстановкой, удается предотвращать возникновение сотен случаев заболеваний и отравлений людей.

В октябре 1976 года в Астраханской области, в одной из первых областей страны, на базе Областной санэпидстанции была создана крупнейшая в стране Централизованная бактериологическая лаборатория, объединившая лаборатории Городской и областной санэпидстанций, а также санслужбы медсанчасти облздравотдела.

Основными разделами работы являлись выполнение бактериологических, серологических, паразитологических исследований, организационно – методическая, научно-практическая работа, подготовка кадров.

Имевшиеся силы и средства давали возможность при необходимости формировать подразделения, деятельность которых продолжалась в течение определенного срока, или, в случае осложнения эпидситуации, моделировать работу на определённую инфекцию, обеспечивая тем самым выполнение значительного объёма исследований.

В настоящее время после ряда прошедших реорганизаций в бактериологической лаборатории значительный объём исследований по действующей номенклатуре выполняется 17 специалистами.

Постоянный контакт с лабораторной службой области, проводимая работа в рамках соблюдения ими требований биологической безопасности, в системе внешнего контроля качества работы позволяют владеть ситуацией, складывающейся в каждой лаборатории, несмотря на ведомственную принадлежность, активно вмешиваться в неё и таким образом влиять на уровень лабораторного обеспечения различных сфер жизни населения Астраханской области, добиваясь постоянного его совершенствования.

Пройден большой путь. Сегодня плеяда врачей-микробиологов, вышедших из стен лаборатории, трудятся в созданных по нашей инициативе диагностических лабораториях города, ведомственной службы, внося туда принципы профессионализма, добропорядочности, высокой ответственности, заложенные за годы работы в Централизованной бактериологической лаборатории.

Самостоятельным структурным подразделением паразитологическая лаборатория стала с 2001 года. В настоящее время эта лаборатория отвечающая современным требованиям, проводит диагностику более 30 паразитарных заболеваний. Специалисты паразитологической лаборатории на протяжении многих лет взаимодействуют с ведущими кафедрами страны (Москва, Ростов, Санкт-Петербург, Волгоград, Астрахань). Занимаясь проблемой дирофиляриоза у животных и человека, врач лаборатории Р. С. Аракельян в 2008 году одним из первых в стране защитил кандидатскую диссертацию по теме «Эпидемиолого-эпизоотологические особенности дирофиляриоза на территории Астраханской области». Почти девяносто процентов всех инфекционных болезней вызываются вирусами. В вирусологическую лабораторию для исследования поступает материал от больных с неясными диагнозами. Возможности лаборатории на первых шагах были крайне ограничены, да и вирусология как наука была тогда еще совсем молода.

Вирус живет и размножается только внутри живой клетки (он абсолютный паразит). Его изоляция тяжелый и кропотливый труд. Вирус невидим, «капризен» и плохо поддается «дрессировке». «Поймать» его чрезвычайно сложно, а вывести «повадки» и того сложнее. Но многолетний опыт, квалификация специалистов позволяют добиваться высоких результатов.

В 1999 году астраханские вирусологи самостоятельно расшифровали вспышку заболеваний вызванных вирусом Западного Нила. А за весь период наблюдений выявлено 589 случаев арбовирусных инфекций,

вызванных вирусами: ККГЛ - 145, ЗН - 406, Калифорнийской серогруппы - 20, Синдбис - 8, Батаи - 8, Бханджа - 2.

Сотрудники лаборатории участвуют в программах ВОЗ по ликвидации полиомиелита и кори на территории области. По результатам многолетнего труда в 2002 году Российская Федерация получила Сертификат региона свободного от дикого вируса полиомиелита, а вирусолог А.Р. Азарян отмечена нагрудным знаком и благодарностью Европейского регионального бюро ВОЗ за проделанную работу по ликвидации полиомиелита в Астраханской области. В 2003 году оперативная работа астраханских вирусологов впервые позволила выделить 2 вируса кори, циркулирующих в южных регионах Российской Федерации и депонировать их в международный банк вирусов (СДС, Атланта, США) под номерами АУ 920716 и АУ 920717.

По указанию главного санитарного врача РФ Г.Г. Онищенко «Об организации исследований по диагностике ТОРС и других инфекционных заболеваний методом ПЦР в центрах госсанэпиднадзора» №1013 - У от 25.08.2003 года, на базе лаборатории ООИ госсанэпиднадзора Астраханской области в соответствии с приказом главного врача в том же году было организовано отделение генной диагностики для проведения молекулярно-генетических исследований объектов биотической и абиотической природы.

Отделением лаборатории обеспечения эпиднадзора за особо-опасными инфекциями проводится диагностика бактериальных и вирусных заболеваний молекулярно-генетическим методом, что существенно сокращает сроки исследования в сравнении с классическими культуральными методиками.

В весенне-летний период материал от больных с подозрением на геморрагическую лихорадку (кровь) и клещи рода *H. marginatum*, снятые с людей, исследуется на Конго-Крымскую геморрагическую лихорадку. Впервые в Астраханской области материал от таких больных исследуется на молекулярно-генетическом уровне. Обследование больных с подозрением на ККГЛ методом ПЦР дает возможность поставить диагноз в первые 1-5 дней заболевания, и проводить целенаправленную, эффективную терапию, а обнаружение у эктопаразитов генетического материала вируса ККГЛ позволяет проводить пострадавшим от укусов людям целенаправленную экстренную профилактику этой тяжелой природно-очаговой инфекции.

ПРОФИЛАКТИКА МАЛЯРИИ ПРИ ДИСЛОКАЦИИ ВОЙСК В АФГАНИСТАНЕ

И.А. Захарова, А.Н. Вороводин, М. Сусуркаев
(IV курс, педиатрический факультет)

Научные руководители – к.м.н. Р.С. Аракельян, ст. преподаватель Д.Л. Мехреньгин

*Кафедра инфекционных болезней
(зав. каф. – д.м.н., проф. Х.М. Галимзянов)*

*Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф
(зав. каф. – к.п.н., доц. Н.Н. Касаткин)*

Боевые действия Ограниченного контингента советских войск в Афганистане (ОКСВА) продолжались с декабря 1979 г. по февраль 1989 г. За это время потери советских войск составили: убитыми - 13833 чел., ранеными - 49985 чел.

Число заболевших инфекционными болезнями составило 278022 чел, что в значительной степени превышало санитарные потери от боевого оружия. В структуре санитарных потерь от боевого оружия преобладала минно-взрывная травма, как самостоятельный вид боевой патологии. В структуре инфекционной заболеваемости преобладали вирусный гепатит, брюшной тиф, малярия, дифтерия.

Боевые действия, как правило, велись в горно-пустынной местности, в районах контролируемых противником, по отдельным направлениям, небольшими подразделениями, находящимися в отрыве от главных сил. Сплошной линии фронта не было, и существовала постоянная угроза ударов противника и с тыла.

Существенными факторами, влияющими на работу медицинской службы были специфические медико-географические условия Афганистана: жаркий климат, дневная температура воздуха до 43-45 градусов по Цельсию в тени, низкая относительная влажность воздуха (20-30%), постоянные пыльные бури, отсутствие естественных укрытий от солнечного излучения при совершении длительных переходов. В этих условиях у военнослужащих наблюдались нарушения водно-солевого баланса, снижалась масса тела, и наступал упадок физических сил. В войсках ежегодно регистрировались до 400-500 случаев тепловых поражений. В связи с этим была разработана методика тепловой адаптации организма и созданы новые образцы полевой одежды и обуви.

Медицинская служба предложили определенный режим водопользования и внедрила в практику специально разработанные препараты для индивидуального и группового обеззараживания воды, а также рецептур специальных растворов, повышающих переносимость физических нагрузок и снижающих риск тепловых поражений. В это же время проводились научные исследования по созданию рационального пищевого пайка для военнослужащих (горные летние и горные зимние пайки), а также разрабатывалась методика

применения средств фармакологической коррекции, в том числе адаптогенов, в условиях высокогорья и препаратов, улучшающих физическую работоспособность и купирующих психическую депрессию.

Задачами медицинской службы в этих условиях являлись организация медицинского обеспечения войск при ведении ими боевых действий по уничтожению вооруженных формирований противника, медицинское обеспечение частей и подразделений, занятых на охране и обороне наземных коммуникаций, а также медицинское обеспечение частей и подразделений в пунктах постоянной дислокации.

Специализированная медицинская помощь оказывалась в госпиталях, размещенных на территории Афганистана и Туркестанского военного округа. Основными являлись Центральный военный госпиталь 40-ой армии в г.Кабуле и окружной военный госпиталь ТуркВО в г.Ташкенте. в дальнейшем раненые при необходимости отправлялись в Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н.Бурденко и другие центральные и окружные военные госпитали страны.

При проведении крупных операций войск этап квалифицированной медицинской помощи (омедб, омедр), как правило, усиливался силами и средствами для оказания как квалифицированной, так и специализированной медицинской помощи. В частности, отдельные медицинские батальоны и роты усиливались хирургами, анестезиологами, бактериологом и некоторыми другими специалистами. В штат некоторых медицинских частей и учреждений были введены врачи-психиатры.

Опыт войны в Афганистане показал необходимость обеспечения мобильности, автономности и живучести медицинских частей и учреждений путем перевода их функциональных подразделений на современную подвижную базу и создание подвижных комплексов в медицинских пунктах полков, бригад и омедб дивизий, необходимость совершенствования технических средств розыска раненых в условиях горно-пустынной местности, новых перевязочных средств, транспортных шин, средств анестезии, а также технических средств погрузки в вертолеты и самолеты.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), незаметная, но летальная и зачастую недооцениваемая малярия является одной из наиболее смертоносных болезней во всем мире, из-за которой ежегодно в больницы попадает почти 500,000.000 человек и умирает от 1,5 до 2,7 миллионов человек.

В основном, они занимались изучением переносчиков болезней, особенно, малярийных комаров. Проблема распространения этой болезни заключается в том, что она передается людям насекомыми. Когда комар кусает человека, больного малярией, болезнь передается комару. Когда этот комар питается кровью какого-либо другого человека, последний заражается малярией. Для предотвращения этого они разыскивали личинки и взрослых особей комаров путем забора образцов воды и размещения ловушек. Таким образом, определялись районы их распространения. На основе этой информации могла проводиться обработка этих районов и предотвращать рост популяции комаров. Каждый вечер подразделение размещает ловушки комаров по всей базе. Наутро ловушки собирают и приносят на исследование в лабораторию. Таким образом, определяется, какие виды присутствуют в данном месте, и накапливается справочная информация на будущее.

Степень риска заражения малярией для военнослужащих, размещенных в Афганистане в настоящее время, велика. Известно, что между апрелем и ноябрем это заболевание распространяется особенно быстро, но опасность заражения присутствует круглый год.

Малярия остается серьезной угрозой для войск в Афганистане, но военные, занимающиеся здравоохранением, будут по-прежнему выполнять свою миссию неустанной борьбы с этими крошечными врагами для защиты тех, кто служит на передовой.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АМЕБИАЗА В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Е.А. Зубкова, Е.А. Галкина
(IV курс, педиатрический факультет)
Научный руководитель – к.м.н. Р.С. Аракельян

*Кафедра инфекционных болезней
(зав. каф. – д.м.н. проф. Х.М. Галимзянов)*

Амебиаз – протозойный антропоноз, в клинически выраженных случаях проявляющийся преимущественно язвенным поражением толстого отдела кишечника, а также развитием абсцессов в печени и в других органах.

Эндемичными по амебиазу регионами в РФ считается Закавказье, Калмыкия, Астраханская область и районы, прилегающие к среднеазиатским республикам.

В 2011 г. в Астраханской области зарегистрировано 3859 случаев паразитарных заболеваний, в т.ч. амебиоза 44 сл., что составило 1,1% от общего числа всех зарегистрированных в регионе гельминтозов.

В наших наблюдениях, амебиаз встречался в основном только у взрослых в возрасте от 18 до 57 лет – 43 сл. (97,7%). У детей за анализируемый период зарегистрирован 1 случай амебиаза у девочки 15 лет – 2,3%. По возрастному контингенту среди взрослых заболевание распределялось следующим образом: 18 лет – 5 сл. (11,4%), 25 лет – 7 сл. (15,9%), 27 лет – 5 сл. (11,4%), 35 лет – 10 сл. (22,7%), 40 лет – 8 сл. (18,2%), 42 года – 3 сл. (6,7%) и 57 лет – 5 сл. (11,4%).

Амебиаз на территории Астраханской области был распространен в большинстве случаев в городской черте – 36 сл. (81,2%). В сельских районах заболевание регистрировалось только в некоторых районах: наиболее часто амебиаз выявлялся у жителей Красноярского района – 3 сл. (37,5%). В единичных случаях был выявлен в Володарском, Икрянинском, Наримановском, Приволжском и Харабалинском районах Астраханской области – по 1 сл. (12,5%). В остальных районах заболевание не регистрировалось.

В большинстве случаев – 27 сл. (61,4%) заболевание протекало бессимптомно. В остальных случаях больные предъявляли жалобы на вздутие живота – 6 сл. (13,7%), боль в животе – 3 сл. (6,7%), постоянную боль в правой подвздошной области – 8 сл. (18,2%). В 88,7% (39 сл.) отмечался обильный, кашицеобразный стул до 3-5 раз в сутки с незначительным количеством слизи и крови. Во всех случаях диагноз был подтвержден лабораторным путем.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МАЛЯРИИ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

А.А. Каплун (IV курс, педиатрический факультет)
Научный руководитель – к.м.н. Р.С. Аракельян

*Кафедра инфекционных болезней
(зав. каф. – д.м.н. проф. Х.М. Галимзянов)*

Астраханская область расположена на юго-востоке Восточно-Европейской равнины в пределах Прикаспийской низменности. Область узкой полосой протянулась по обе стороны от Волго-Ахтубинской поймы на расстояние более 400 км. Область характеризуется чрезвычайно развитой гидрографической сетью. Поверхностные воды представлены р. Волгой, ее многочисленными рукавами, сложной системой пойменных и дельтовых протоков, ериков, пресными и солеными озерами и крупнейшим замкнутым водоемом нашей планеты Каспийским морем-озером [3].

Климат Астраханской области резко континентальный с высокими температурами летом и низкими зимой. Весна - самый короткий период года, всего лишь полтора месяца. Лето - самый продолжительный сезон, более 4,5 месяцев: начинается в мае с устойчивого перехода температуры воздуха с +15°C в сторону повышения и заканчивается в середине сентября, когда температура вновь начинает снижаться до +15°C [3].

Малярия является характерным заболеванием для местности с теплым климатом. К их числу относится и Астраханская область, имеющая оптимальные условия для передачи малярии при ее завозе [1, 2, 3].

Первые статистические данные о заболеваемости малярией в Астраханской области относятся к 1894 г., когда в Астраханской губернии было зарегистрировано 54952 случая малярии [2].

За последние годы с 2000 по 2008 гг. на территории Астраханской области зарегистрировано 83 случая малярии, в т.ч. 18 сл. (21,7%) у детей в возрасте от 3 до 15 лет.

Наибольшее число случаев малярии было зарегистрировано в 2000 и 2001 гг. – 21 и 31 сл. соответственно (25,3% и 37,3%). С 2002 г. в регионе отмечалось снижение заболеваемости малярией за счет приезжих лиц из других регионов (Азербайджан и Таджикистан). В этом году было зафиксировано 11 сл. малярии (13,3%). В 2003 г. малярия регистрировалась у 8 чл. (9,6%), в 2004 г. – у 6 чл. (7,2%), в 2005 г. – 5 чл. (6,1%). В 2006 и 2007 гг. малярия в Астраханской области не регистрировалась и в марте 2008 г. вновь после 2-х летнего перерыва, был зарегистрирован 1 случай трехдневной малярии у ребенка 15 лет из Азербайджана. Был зарегистрирован случай вторичный от завозного. С 2009 г. по настоящее время малярия в Астраханской области не регистрируется.

На долю городских жителей приходилось – 53 чл. (63,9%), сельских – 30 чл. (36,1%). Так, по районам Астраханской области, наиболее часто малярия регистрировалась в Наримановском районе – 8 сл. (9,6%), Красноярском – 7 сл. (8,4%) и Ахтубинском районах – 6 сл. (7,2%). В единичных случаях случаи малярии регистрировались в Харабалинском и Черноярском районах – по 3 сл. (по 3,6%) и в Камызякском, Лиманском и Приволжском районах – по 1 сл. (по 1,2%). В остальных районах: Володарский, Енотаевский и Икрянинский – малярия не регистрировалась.

Все случаи были завозными либо вторичные от завозных. Случаев с местной передачей малярии в Астраханской области не зарегистрировано.

СОВРЕМЕННАЯ СТРУКТУРА АСТРАХАНСКОЙ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Е.И. Корнева, И.А. Калмыкова
(IV курс, педиатрический факультет)
Научный руководитель – к.м.н. Р.С. Аракельян

*Кафедра инфекционных болезней
(зав. каф. – д.м.н. проф. Х.М. Галимзянов)*

Летом 1558 года, в царствование на Руси Великого князя Ивана Васильевича, прозванного Грозным, на высоком берегу Волги, неподалеку от впадения ее в Каспий, русские служилые люди поставили крепость Астрахань, которая после образования в 1717 году Астраханской губернии стала ее центром. Проходит около 70 лет и в 1785 году она становится областным центром Кавказского наместничества, а с 1802 года – центром Астраханской губернии. В связи с развитием нефтепромыслов в Баку в 60-х годах 19 века астраханский порт становится одним из крупнейших в стране. Небывалый промышленный размах получили добыча и переработка рыбы. После революции 1917 года Астраханская губерния входит в состав Сталинградской губернии и только с 1943 года г. Астрахань становится центром Астраханской области.

Но в то же самое время, Астраханская губерния, а потом и Астраханская область занимают лидирующее место в стране по числу моровых поветрий (так раньше назывались эпидемии). И, наверное, неслучайно, на протяжении предыдущих веков Астрахань служила местом ссылки различных политических деятелей.

Особое географическое положение (граница Европы и Азии), историческая роль Астрахани (пересечение торговых путей и др.) явились причинами, по которым опасные инфекционные заболевания не раз посещали ее. Кроме чумы, не редкостью была холера. За 84 года (1823 – 1907 гг.) она посетила Астраханский край 20 раз. Ни одна из эпидемий азиатской холеры в России не миновала Астрахани.

В связи с этим, перед местными властями встает главный вопрос: как защитить население от различных болезней и эпидемий.

Впервые санитарный надзор в Астрахани был введен в 1884 году и осуществлялся четырьмя санитарными врачами. В начале XX столетия в Астрахани было всего 6 участковых санитарных врачей по числу полицейских участков в городе, однако к 1910 году их осталось только 4.

Санитарное дело в Астраханской губернии, как и в России вообще, стало по настоящему развиваться в 1918 году, когда при Совете Народного Здравия было организовано 7 отделов и в их числе санитарный под руководством С. Р. Залкина, эпидемический под руководством Е. И. Нагулевича и общественной санитарии, которым руководил врач М. А. Мышкин. Позже, в конце того же года, вместо Совета был организован отдел народного здравоохранения, его заведующим был назначен врач П. А. Кузиков. При губздравотделе была создана коллегия в составе: П. А. Кузикова, В. И. Патушинского, В. И. Еллинского, М. А. Резентула, Н. Я. Мельникова, В. Ф. Архипова, С. И. Зайцева и Дементьева.

Май 1922 года! Четвертый Всероссийский съезд бактериологов и эпидемиологов подчеркнул, что деятельность санитарных органов выдвигается на первое место и приобретает еще большее значение в деле оздоровления страны. Съезд признал необходимость содержать все санитарные учреждения и институты за счет государственного бюджета.

Серьезным этапом в развитии службы стало принятое Советом Министров СССР 31 мая 1973г. «Положение о государственном санитарном надзоре в СССР». Получив законодательную базу, финансовую поддержку в эти годы санитарно-эпидемиологическая служба области значительно укрепила сеть учреждений, материальную базу, штаты.

В структуру санитарной службы города входили городская санэпидстанция, районные санэпидстанции, в дальнейшем переименованные в Центры госсанэпиднадзора.

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека образована Указом Президента Российской Федерации от 9 марта 2004 г. № 314 «О системе и структуре федеральных органов исполнительной власти».

В рамках проведенной административной реформы 2005 года в Астраханской области в сеть структурных подразделений Федеральной службы Роспотребнадзора вошли:

Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Астраханской области и ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Астраханской области».

Федеральное бюджетное учреждение здравоохранения «Центр гигиены и эпидемиологии в Астраханской области» образовано путем слияния всех ЦГСЭН в городах, районах области и ЦГСЭН на водном и воздушном транспорте. В своем составе имеет пять оперативных отделов, пять лабораторий, финансовую и административно-хозяйственную службу, общеучрежденческий персонал, пять филиалов,

Основной задачей Центра является обеспечение деятельности управления Роспотребнадзора по Астраханской области в пределах прав и полномочий, определенных Уставом.

В Центре работают 2 кандидата медицинских наук, 2 заслуженных врача РФ, 2 почетных работника госсанэпидслужбы, 3 отличника госсанэпидслужбы, 13 отличников здравоохранения. Награждено 72 сотрудника почетными грамотами, 3 сотрудника имеют государственные награды, 2 ведомственные награды Астраханской области.

Из 71 врача 60, а из 153 помощников врачей 112 имеют квалификационные категории, 48 человек имеют сертификаты экспертов, сертификаты специалистов

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТОКСОКАРОЗА В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Д.А. Лебедева, Р.М. Алимйрзоева
(V курс, лечебный факультет)
Научный руководитель – к.м.н. Р.С. Аракельян

Кафедра инфекционных болезней
(зав. каф. – д.м.н. проф. Х.М. Галимзянов)

Источником инвазии при токсокарозе являются собаки. Инвазированный токсокарами человек не имеет эпидемического значения, так как в его организме токсокары не заканчивают свой цикл развития; человек является для них биологическим тупиком. Человек заражается преимущественно через руки, загрязненный почвой, содержащей яйца гельминтов.

Анализ исследований проб почвы на территориях детских учреждений по Астраханской области за период 2000 – 2011 гг. показал, что в г. Астрахани обсемененность яйцами токсокар составила 27%, в сельских районах - 56%.

За период с 2000 по 2011 гг. на территории Астраханской области зарегистрировано 62594 случая паразитарной инвазии у человека. На долю инвазии токсокарами у человека приходится 29 случаев (0,05%).

Заболевание регистрировалось как в городской, так и в сельской местности. Так, в г. Астрахани зарегистрирован 21 случай заболевания (72,4%). По сельским районам Астраханской области токсокароз регистрировался в 6 из 11 районах: в Наримановском и Красноярском районах – по 2 сл. (по 25%), в Лиманском, Приволжском, Камызякском и Ахтубинском районах – по 1 сл. (по 12,5%).

Гельминтоз регистрировался у лиц в возрасте от 1 до 60 лет. Так, у детей в возрасте от 1 до 17 лет токсокароз регистрировался в 13 сл. (44,8%), в т.ч. у детей в возрасте 1 год – 2 сл. (15,4%), 3 года – 3 сл. (23,1%), 7 лет – 6 сл. (46,2%), 13 и 17 лет – по 1 сл. (по 7,7%). У 16 человек (55,2%) токсокароз регистрировался в возрасте от 18 до 60 лет: 18, 24 и 27 лет – по 1 сл. (по 6,3%), 35 лет – 5 сл. (31,3%), 42 года – 2 сл. (12,5%), 47 и 60 лет – по 3 сл. (по 18,8%).

В 14 сл. (48,3%) – у пациентов наблюдалась аллергическая реакция в виде уртикарных высыпаний на коже.

Наиболее эффективным, чувствительным и специфичным методом определения противотоксокарозных IgG-антител является иммуноферментный анализ с применением экскреторно-секреторного антигена *T. canis*. В 100% случаях клинический диагноз был установлен после серологического обследования методом иммуноферментного анализа. Титр антител составил 1:800 и выше.

АНАЛИЗ МОНИТОРИНГА ВОДОЕМОВ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ НА ПРЕДМЕТ ЗАРАЖЕННОСТИ РЫБЫ ГЕЛЬМИНТАМИ, ОПАСНЫМИ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА

В.А. Левченко (V курс, лечебный факультет)
Научный руководитель – к.м.н. Р.С. Аракельян

Кафедра инфекционных болезней
(зав. каф. – д.м.н. проф. Х.М. Галимзянов)

На территории Российской Федерации одной из социально значимых проблем остается распространение болезней человека, возникающих в результате употребления в пищу зараженной рыбы, моллюсков, ракообразных и других морепродуктов.

Служба ветеринарии по Астраханской области осуществляет ежегодный мониторинг водоемов области два раза в год (перед весенней и осенней путинами) на предмет зараженности рыбы гельминтами. В ходе эпизодического обследования рыбохозяйственных водоемов выявляется наличие или отсутствие зараженности рыб паразитами опасными для здоровья человека: семейство *Opisthorchidae*, *Anisakis* sp., *Diphillbothrium latum*.

При обследовании устанавливаются два основных показателя: интенсивность инвазии (ИИ) и экстенсивность инвазии (ЭИ%).

Специалисты Областной ветеринарной лаборатории АО проводят исследование по различным видам рыб (красноперка, окунь, линь, вобла, судак, сом, щука, лещ, чехонь, жерех, сопа, густера) и по разным водоемам Волго-Каспийской дельты (Главный, Карайский, Иголкинский, Белинский, Мало-Белинский, Кировский, Гандуринский, Никитинский, Кулачинский банки, река Волга, Старая Волга, Ахтуба, Бузан, Кривой Бузан, Огневка).

Нами проведен анализ данных полученных в ходе мониторинга за 2004-2012 годы. Согласно данным при эпизоотическом обследовании рыбопромысловых водоемов Астраханской области *Diphylobothrium latum* не выявлено. Состояние заболеваемости дифиллоботриозом в Астраханской области оценивается как благоприятное, так, с 2000 по 2011 было выявлено 4312 случаев заболевания.

Паразиты семейства *Opisthorchidae* встречается у следующих видов рыб: красноперка, линь, густера, вобла, лещ, сопа, чехонь, а *Anisakis* sp. - щука, сом, судак, окунь, жерех, сопа, чехонь.

В ходе анализа установлено, что интенсивность инвазии (ИИ) и экстенсивность инвазии (ЭИ) сем. *Opisthorchidae*, *Anisakis* sp. колеблются в значительных пределах (min ИИ = 1, max ИИ = 165). Так, в 2009г. ИИ сем. *Opisthorchidae* была максимальной в красноперке и достигала 20 паразитов (р.Ахтуба), ИИ=27 в вобле была самой большой в 2010г. (Главный банк, тоня 10-14я Огневки) и в 2011г. (р.Волга, р.Ахтуба), в 2012г. ИИ несколько ниже: до 11 паразитов в вобле (Кировский банк). Нужно заметить, что ИИ *Anisakis* sp. намного выше, в 2009г. в соме было выявлено 120 паразитов в одной рыбе (Мало-Белинский банк), 2010г. была зафиксирована также в соме, но уже в меньшем значении, максимальная ИИ=30 (Главный банк, тоня 17я Огневки), в 2011г. максимальная ИИ=68 обнаружена в жерехе (Карайский банк; р.Волга, тоня «Балчуг»), а в 2012г. встретилась особь жереха, в которой было выявлено 165 личинок *Anisakis* sp. (Карайский банк, став. «Москва»).

Выборка по максимальной зараженности сем. *Opisthorchidae* выглядит следующим образом: в 2009г. ЭИ линя составила 57% (Мало-Белинский банк), в 2010г. 80% воблы (Карайский банк), в 2011г. 40; линя (р.Кривой Бузан; Карайский банк; Иголкинский банк), в 2012г. 50% воблы (р.Старая Волга; р.Волга, тоня «Балчуг»). Зараженность рыбы *Anisakis* sp. достигала 100% в 2009 (судак, р.Старая Волга), 2011(жерех, Карайский банк; р.Волга, тоня «Балчуг»), 2012 (судак, Карайский банк; жерех, Мало-Белинский банк; окунь, Главный банк, тоня 8я Огневки) годах, в 2010г. ЭИ судака составила 80% (р.Волга, тоня «Алянур»).

Мы вычислили среднюю ЭИ за 2010-2012гг. Зараженность рыбы *Anisakis* sp. Больше, чем сем. *Opisthorchidae*, за исключением осеннего мониторинга 2012г. Особенно четко это прослеживается в 2011г., когда во время весеннего мониторинга ЭИ сем. *Opisthorchidae*, *Anisakis* sp. Составило соответственно 12,8% и 24,7%, а во время осеннего – 17,9% и 29,8%.

Опираясь на данные обследования, можно говорить о неблагоприятной обстановке в Астраханской области по зараженности рыбы. В РФ нормированию подлежат живые и мертвые личинки гельминтов, представляющие потенциальную опасность для людей. Рыба и продукты ее переработки, содержащие живых гельминтов, опасных для здоровья человека и животных, переводятся в разряд «условно годные» или «непригодные». «Условно годная» рыбная продукция допускается в переработку на пищевые продукты и в реализацию только после обеззараживания и последующей сертификации в установленном порядке. Но нельзя исключать возможность употребления людьми в пищу самостоятельно пойманной или не сертифицированной рыбы и рыбных продуктов из нее, отсутствие обеззараживания, неправильную кулинарную обработку. Это повышает риск инвазии данными гельминтами, который и так достаточно велик.

Характерным для Астраханской области гельминтозом является описторхоз. Так, с 2000 по 2010 годы было зафиксировано 77 случаев данного гельминтоза, в 2011 году заболеваемость описторхозом составила 46 случаев, что говорит о крайне неблагоприятной обстановке. При этом паразитологическая диагностика, основанная на исследовании и выявлении яиц гельминтов в фекалиях и/или в дуоденальном содержимом, является в настоящее время единственным средством подтверждения диагноза. Иммунологические методы диагностики недостаточно развиты для широкого их применения.

Не так давно считали, что личинки анизакид безвредны, т. к. не развиваются у человека до половозрелой формы. Однако последующие наблюдения показали, что, попадая в пищеварительный тракт человека, живые личинки анизакид могут быть причиной серьезной болезни, иногда с тяжелым исходом. На данный момент в Астраханской области не зафиксировано ни одного случая анизакидоза среди населения, но это, скорее всего, связано с недостаточными знаниями о данном гельминтозе и плохо развитой диагностикой.

Заболевание протекает, как правило, под маской аллергозов. Личинки в организме человека во взрослую половозрелую стадию не развиваются, но могут проникать практически во все органы с образованием эозинофильных гранулем. Аллергены анизакид достаточно термостойки, и даже надежно приготовленная рыбная пища, содержащая мертвых личинок анизакид, может вызвать аллергическую реакцию у чувствительных лиц. Большинство случаев анизакидоза остается, как правило, нераспознанным. При изучении 92 случаев этого заболевания в Японии было отмечено, что у 60 % пациентов предоперационно были диагностированы аппендицит, острый живот, опухоль желудка, илеит, холецистит, дивертикулит, туберкулезный перитонит и рак поджелудочной железы. В другом ретроспективном исследовании, проведенном в Японии, показано, что анизакидоз часто ошибочно диагностируется как болезнь Крона.

За рубежом большую помощь в диагностике анизакидоза оказывают иммунологические методы исследования. Первое описание радиоиммунного метода выявления специфических IgE против *Anisakis simplex* было опубликовано в 1985 г. В дальнейшем развитие метода с определением специфических IgE против основного антигена *Anisakis simplex* – Ani s1, позволило добиться 86 %-ной чувствительности и 90 %-ной специфичности в диагностике анизакидоза. Используются и другие иммунологические методы, включая иммуноферментный анализ.

В России отсутствуют коммерческие диагностические тест-системы для проведения иммунологических исследований при анизакидозе, хотя потребность в них очень велика. У больных с субклиническими формами анизакидоза, диспепсическими, аллергическими проявлениями заболевания, как правило, не диагностируется, и больные не получают адекватной медицинской помощи.

Таким образом, для г.Астрахань и Астраханской области изучение паразитов рыб, опасных для человека остается актуальной медицинской и социальной проблемой, требующей углубления знаний врачей различных специальностей, новых подходов и лечения, и прежде всего новых методов диагностики гельминтозов.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ КРОВЕПАРАЗИТОВ У ЖИВОТНЫХ

Н.С. Омаров (IV курс, педиатрический факультет)
Научный руководитель – к.м.н. Р.С. Аракельян

*Кафедра инфекционных болезней
(зав. каф. – д.м.н. проф. Х.М. Галимзянов)*

Цель работы: Разработать и внедрить в практику новые методы комплексного лечения дирофиляриоза у животных.

В последние годы, как в Российской Федерации, так и за рубежом увеличивается число случаев инвазии животных дирофиляриями [1]. Несмотря на высокую эпидемиологическую заболеваемость в стране, до сих пор нет единого реестра числа случаев данным гельминтозом не только у человека, но и у животных [3]. Те данные, которые имеются в зарубежной литературе: данные о возможности паразитирования дирофилярий не только под кожей и слизистыми оболочками у человека, но и во внутренних органах, делают необходимым и изучение этого заболевания, разработки методов своевременной клинической диагностики болезни и ее профилактики [4, 5, 6].

Возбудитель дирофиляриоза был описан в 1915 г., сама инвазия известна человеку более 400 лет, но до конца 20 века этому заболеванию не уделялось должного внимания, считая, что этот гельминтоз, не имеет медицинского и ветеринарного значения [2, 8].

При дирофиляриозе у животных в большинстве случаев наблюдается летальный исход. Заболеванию подвержены собаки и кошки различных пород и возрастов. Наиболее «излюбленным» возрастом у собак является возраст от 1 до 5 лет. Так, пораженность домашних животных в нашем регионе составляет 20 – 22% (это в условиях появления клинической симптоматики) [3].

Несмотря на то, что заболевание известно человечеству уже более 400 лет и почти 100 лет как описан возбудитель, до сих пор нет единой схемы лечения этого заболевания у животных. Описанные в мировой литературе случаи о применении препарата «ивермектин» не дают полного 100% излечения. В большинстве случаев (более 80%) после проведенного лечения у собак наблюдается рецидив заболевания и они погибают. При большой инвазии паразитами гибель животного может наступить в момент введения препарата «смерть на конце иглы» [3].

В настоящее время при лечении дирофиляриоза у животных применяют следующие препараты: диэтилкарбамазин, филарсен, дипиазанин йодид, левамизол, ивомек, арсенамид. По данным литературы, не известно ни одного фармакологического средства, дающего 100% излеченности. Рецидивы наблюдаются в 80% случаев в течение года после окончания терапии известными препаратами [7, 9].

Специалисты ветеринарных клиник в качестве лечения заболевания применяются различные препараты, не дающие абсолютного излечения, в ряде случаев обладающие выраженными токсическими свойствами.

Мы же предлагаем для лечения дирофиляриоза у представителей псовых и кошачьих использовать отечественные препараты «Диронет» и «Альбендазол» в комплексе с симптоматическими средствами (сердечные гликозиды, витамины). Преимуществами предлагаемого метода лечения могут стать: полное выздоровление животных (о чем свидетельствуют предварительные экспериментальные данные), снижение токсического эффекта на организм животных, снижение продолжительности реабилитационного периода.

Основными потребителями данного вида услуг могут быть как частные, так и государственные ветеринарные клиники, различные кинологические представительства силовых структур, в частности, УВД, ФСБ, УФСИН, Управление по контролю за оборотом наркотиков, различные клубы собаководств и др.

САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ РАЗВЕДКА

Н.С. Омаров (IV курс, педиатрический факультет)
Научные руководители – к.м.н. Р.С. Аракельян, ст. преподаватель Д.Л. Мехреньгин

*Кафедра инфекционных болезней
(зав. каф. – д.м.н., проф. Х.М. Галимзянов)*

*Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф
(зав. каф. – к.п.н., доц. Н.Н. Касаткин)*

Санитарно-эпидемиологическая разведка — мероприятие медицинской службы, основной целью которого является выявление условий, влияющих на санитарно-эпидемическое состояние войск, предупреждение вероятного заноса инфекции в войска и установление путей и условий такого заноса.

Основными задачами санитарно-эпидемиологической разведки являются: выявление инфекционных заболеваний среди различных контингентов в районах расположения войск; выявление эпизоотий среди диких и домашних животных, а также наличия и активности природных очагов инфекций; определение санитарно-гигиенического состояния территории, населенных пунктов, водисточников и т. д.

В целях обеспечения условий для быстрой ликвидации инфекционных (в том числе особо опасных) заболеваний в части по приказу командования и при участии медицинской службы организуются режимно-ограничительные мероприятия — обсервация или карантин.

Обсервация (наблюдение) — комплекс ограничительных и противоэпидемических мероприятий, направленных на локализацию и ликвидацию очага инфекционных заболеваний.

Обсервация включает: усиленное медицинское наблюдение за личным составом, активное выявление и немедленную изоляцию больных и лиц с подозрением на заболевание; ограничение выезда, въезда и транзитного проезда через район обсервации; запрещение вывоза оружия, техники и имущества без предварительного обеззараживания; ограничение общения личного состава; строгое выполнение личным составом установленных правил поведения в очаге.

Личный состав медицинской службы при обслуживании больных особо опасными инфекциями для защиты от заражения должен работать в противочумных костюмах.

Для предупреждения заболевания личного состава немедленно после установления факта применения противником бактериологического оружия или при появлении случаев особо опасных заболеваний проводится экстренная профилактика.

Экстренная профилактика (превентивное лечение) представляет собой комплекс медицинских мероприятий, направленных на предупреждение возникновения заболеваний людей в случае их заражения возбудителями опасных инфекционных заболеваний. Она проводится немедленно после установления факта бактериального заражения или появления среди населения случаев опасных инфекционных заболеваний, а также массовых инфекционных заболеваний неизвестной этиологии.

В отличие от вакцинопрофилактики, экстренная профилактика обеспечивает быструю защиту зараженных.

Экстренная профилактика подразделяется на общую и специальную. До установления вида микроорганизма, вызвавшего инфекционное заболевание, проводится общая, а после установления вида микроба-возбудителя — специальная экстренная профилактика.

В качестве средств общей экстренной профилактики используются антибиотики и химиопрепараты широкого спектра действия, активные в отношении всех или большинства возбудителей инфекционных заболеваний. Продолжительность курса общей экстренной профилактики определяется временем, необходимым для выявления, идентификации и определения чувствительности возбудителя к антибиотикам и составляет в среднем 2-5 сут.

В качестве средств специальной экстренной профилактики применяют антибактериальные препараты, оказывающие высокое этиотропное действие на возбудителя, выделенного от инфекционных больных в эпидемическом очаге, с учетом результатов определения его чувствительности к антибиотикам. Продолжительность курса специальной экстренной профилактики определяется нозологической формой заболевания (сроком инкубационного периода, исчисляемого со дня заражения), свойствами назначаемого противомикробного препарата.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРИРОДНЫХ МИНЕРАЛОВ – ОПОК В ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Ю.С. Павлий, А.О. Хрипко, Е.М. Втехина
(IV курс, стоматологический факультет)
Научный руководитель – к.м.н. Р.С. Аракельян

*Кафедра инфекционных болезней
(зав. каф. – д.м.н. проф. Х.М. Галимзянов)*

В последние годы, как в отечественном, так и в зарубежном здравоохранении все более пристальное внимание уделяется народным средствам лечения различных заболеваний. Причем под словом «народных» подразумевается экологически чистые, природные или растительные препараты, полученные путем добывания их из окружающей среды.

Одним из таких «народных препаратов» являются глина или природные минералы.

Глина - одно из древнейших народных средств лечения самых разных заболеваний. Поскольку это средство природное, оно выгодно отличается от химических своей экологической чистотой.

Наружное применение глины основано главным образом на том, что она обладает прекрасными теплоудерживающими свойствами. Лечебные качества глины известны народной медицине издавна. Но долгое время лечение глиной не применялось широко. В последние годы ученые вновь обратились к исследованию этого уникального природного препарата и доказали неоспоримую пользу глины в лечении разнообразных заболеваний. Применение глины сейчас настолько широко, что с ее помощью в некоторых клиниках излечивают такие тяжелые недуги, как туберкулез и рак.

Древнее народное поверье о том, что глина поглощает болезнь, основано на том факте, что она способна адсорбировать все вредные вещества и выводить их из человеческого организма. Если химические лекарственные средства, убивая микробов, наносят непоправимый ущерб организму, так как от их воздействия страдают и здоровые клетки, и естественная микрофлора организма, то применение глины в качестве антисептика совершенно безопасно и даже приносит пользу. Ведь глина способствует развитию иммунитета к злокачественным микроорганизмам и оздоравливает клетки, укрепляет и даже омолаживает их.

Наружное применение глины при лечении воспалительных заболеваний, трофических язв, заболеваний опорно-двигательного аппарата очень эффективно, так как дает быстрый результат. Лечение глиной разрешается людям любого возраста, поскольку она не несет негативных побочных свойств. Более того, ее применение может быть даже настоятельно рекомендовано людям преклонного возраста, так как глина дает замечательный омолаживающий эффект. Полезна она также беременным женщинам и кормящим матерям - помогает избавиться от токсикоза и прекрасно налаживает лактацию.

Способность глины снимать воспаление и восстанавливать поврежденные ткани используется при лечении незаживающих язв, старых гематом, ушибов и переломов, артритов и остеопорозов, маститов и варикозного расширения вен. Глина помогает снять любую боль - головную, зубную, боль в спине, в суставах или от ушибов.

Так как глина обладает свойством "забирать" болезнь, т. е. вбирать в себя вредные вещества из человеческого организма, с давних времен считалось недопустимым повторное ее использование (кроме слабых глиняных растворов, которые можно применять несколько раз). Народные целители рекомендовали зарыть использованную глину в землю, чтобы она вернулась туда, откуда была принесена на свет, забрав с собой все человеческие хвори, и похоронив их под землей.

Мы же предлагаем в качестве более высокого и лучшего сорбента использовать природный минерал – опоку, которого в Астраханском регионе находится огромное количество.

Преимущество опоки в том, что по сравнению с другими видами глин, она является самым сильным сорбентом.

Опока обладает уникальными лечебными свойствами: антитоксичными и адсорбирующими свойствами, выводит патогенные вещества из организма, прекрасно оздоравливая его.

Наружно опоку можно использовать в виде аппликаций примочек, в виде порошка для приема внутрь, в виде теплых плиток в качестве примочек. Опоку также можно использовать в виде лечебных ванн.

Опока – это прочная пористая кремнистая осадочная горная порода. Опока состоит в основном из микрозернистого водного аморфного кремнезёма (до 97%) обычно с примесью глины, песка, глауконита и др. от других минералов опока отличается большой однородностью и раковистым изломом. Цвет от светло-серого до тёмно-серого, почти чёрного. Чистые разновидности опоки характеризуются высокими адсорбционными свойствами.

Опока обладает значительной твердостью: по шкале Мооса она составляет 4-5. Плотность опоки от 2230 до 2320 кг/м³, но встречаются разновидности и с низкой объемной массой - около 1000 кг/м³.

Экспериментальным путем доказано, что использование опоки в различных состояниях (жидкая кашицеобразная масса) давала положительный эффект в течение нескольких суток.

При лечении воспалительных заболеваний полости рта и гайморовых пазух в случае местного применения опоки, в виде кашицеобразной массы в наших случаях отмечался положительный эффект.

Так, на добровольцах экспериментальным путем было доказано применение опоки в лечебных целях. С этой целью мы смешивали опоку с кипяченой теплой водой до получения кашицеобразной массы, наносили на пораженный участок. Время экспозиции составляло от 40 до 90 минут. Такие процедуры проводили 2 раза в день в течение 10 дней. В результате исследования были получены положительные результаты.

СОВРЕМЕННАЯ СИТУАЦИЯ ПО ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Е.Х. Сапахова, А.А. Буткеева (IV курс, педиатрический факультет)
Научный руководитель – к.м.н. Р.С. Аракельян

*Кафедра инфекционных болезней
(зав. каф. – д.м.н. проф. Х.М. Галимзянов)*

За период с января 1987 г. по 31 июля 2012 г. учтено 1097 случаев ВИЧ-инфекции. В течение последних 6 лет, начиная с 2006 года, отмечался ежегодный прирост новых случаев ВИЧ-инфекции, лишь в 2010 году отмечена стабилизация эпидемиологической ситуации.

Случаи ВИЧ-инфекции регистрируются во всех административных территориях области и на 31.12.2011 показатель пораженности ВИЧ-инфекцией в области составил 46,8 на 100 тыс. населения. Выше среднеобластных показатели пораженности отмечаются в Камызякском районе - 89,2, Ахтубинском - 77,2, Икрянинском - 55,4, Харабалинском - 48,7, г. Астрахани - 48,2 (Кировский - 56,4, Ленинский - 51,7 районы).

За 2011г. выявлено 99 новых случаев ВИЧ-инфекции. Показатель заболеваемости составляет 8,6 на 100 тыс. населения, что в 1,8 раз больше показателя прошлого года (4,9). За 7 месяцев 2012 года – 46 случаев ВИЧ-инфекции.

Основной причиной заражения ВИЧ-инфекцией в Астраханской области остается половой путь передачи, гетеросексуальные контакты, как основной путь заражения составили в 2011г. – 57,5%. Возросла доля ВИЧ - позитивных лиц, заражение которых вероятно связано с половыми контактами между мужчинами, в 2011 году их доля составила 3,4%, в 2006 году - 1,03%.

Так, среди потребителей наркотиков зарегистрировано снижение числа проведенных тестов на ВИЧ в 2011 году на 27,9% по сравнению с 2010 годом, среди больных вензаболеваниями – на 15,1%.

В 2011 году обследованы 11739 иностранных граждан, среди них выявлено 70 лиц с инфекционными заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, в том числе ВИЧ-инфицированных - 19 человек. Показатель выявляемости ВИЧ у иностранных граждан в Астраханской области составляет 161,9 на 100 тысяч обследованных. За 7 месяцев 2012 года в Астраханской области прошли медицинское освидетельствование 8066 иностранных граждан. У 32-х иностранных граждан выявлены инфекционные заболевания, представляющие опасность для окружающих, в т.ч. ВИЧ-инфекция – 12 случаев.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРИРОДНЫХ МИНЕРАЛОВ В КОСМЕТОЛОГИИ

Е.Х. Сапахова (IV курс, педиатрический факультет)
Научный руководитель – к.м.н. Р.С. Аракельян

*Кафедра инфекционных болезней
(зав. каф. – д.м.н. проф. Х.М. Галимзянов)*

Цель работы: разработать и внедрить в косметологическую практику использование природных минералов – опок, добываемых на территории Астраханской области.

В последнее время очень пристальное внимание уделяется новым косметологическим препаратам, которые бы не оказывали аллергического воздействия на организм человека. Одним из таких «новых препаратов» являются природные минералы.

Одним из таких «народных препаратов» являются глина или природные минералы.

Глина - одно из древнейших народных средств лечения самых разных заболеваний. Поскольку это средство природное, оно выгодно отличается от химических своей экологической чистотой.

Наружное применение глины основано главным образом на том, что она обладает прекрасными теплоудерживающими свойствами. Лечебные качества глины известны народной медицине издавна. Но долгое время лечение глиной не применялось широко. В последние годы ученые вновь обратились к исследованию

этого уникального природного препарата и доказали неоспоримую пользу глины в лечении разнообразных заболеваний. Применение глины сейчас настолько широко, что с ее помощью в некоторых клиниках излечивают такие тяжелые недуги, как туберкулез и рак.

Применяют глину и внутрь. Она служит прекрасным источником радия, который доставляет организму в необходимых дозах. В ней также содержатся важнейшие микроэлементы и минеральные соли именно в том виде и пропорциях, в которых они лучше всего усваиваются организмом. Так, глина служит прекрасным источником железа, кальция, кремния, азота, магния, в ней содержатся такие специфические вещества, как каолинит, гидрослюда, монтмориллонит и др.

Глины могут быть разного цвета. Это различие обусловлено составом содержащихся в них примесей. Так, с лечебными целями чаще всего используются белая, розовая и голубая глины. Наиболее ярко выражены лечебные свойства у последней. Именно голубая глина получила в настоящее время самое широкое применение в медицине и косметологии. Ее применяют и в чистом виде, и смешивая с поваренной и морской солью, дрожжами, медом и молочной сывороткой, разбавляя настоями лекарственных трав.

Минеральная добавка к натуральным косметическим средствам «Цеолит» - это продукт переработки природных минералов – опок. По данным ряда экспертиз, она относится к категории безвредных: содержание естественных радионуклидов и токсичных элементов меньше ПДК. В процессе производства вся продукция проходит многократную термическую обработку, тем самым гарантируя отсутствие в ее составе патогенной микрофлоры. Минеральная добавка «Цеолит» обладает уникальными сорбционными, ионообменными, молекулярно-ситовыми и каталитическими свойствами. В ней содержится около 40 минеральных элементов.

Мы предлагаем использовать «Цеолит» в производстве сухой косметики (скрабы, фитомаски, соли для ванн, литобиокомплексы, пилинги и др.).

Опока обладает уникальными лечебными свойствами: антитоксичными и адсорбирующими свойствами, выводит патогенные вещества из организма, прекрасно оздоравливая его.

Наружно опоку можно использовать в виде аппликаций примочек, в виде порошка для приема внутрь, в виде теплых плиток в качестве примочек. Опоку также можно использовать в виде лечебных ванн.

Опока – это прочная пористая кремнистая осадочная горная порода. Опока состоит в основном из микрозернистого водного аморфного кремнезёма (до 97%) обычно с примесью глины, песка, глауконита и др. от других минералов опока отличается большой однородностью и раковистым изломом. Цвет от светло-серого до тёмно-серого, почти чёрного. Чистые разновидности опоки характеризуются высокими адсорбционными свойствами.

Опока обладает значительной твердостью: по шкале Мооса она составляет 4-5. Плотность опоки от 2230 до 2320 кг/м³, но встречаются разновидности и с низкой объемной массой - около 1000 кг/м³.

Экспериментальным путем доказано, что использование опоки в различных состояниях (скрабы, фитомаски, соли для ванн, литобиокомплексы, пилинги и др.) не вызывает побочных эффектов со стороны организма человека.

В качестве сухой косметики могут быть использованы скрабы для тела, маникюра и педикюра, различные фитомаски, состоящие из опоки, природной озерной соли озера Баскунчак и различных трав, произрастающих в Астраханской области. Также можно использовать опоку в качестве фитокомпозиций (т.н. соли для ванн), различных литобиокомплексов, пилингов для лица, в виде шоколадных масок для лица и тела, а также как дезодорант-осушитель для обуви.

Часть исследований будет произведена на базе ООО НПП «Центр паразитологии» и ООО МПФ «Аквапласт».

ВОЗДУШНО-КАПЕЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКОГО ТЕРРОРИЗМА

Е.Х. Сапахова, А.А. Буткеева

(IV курс, педиатрический факультет)

Научные руководители – к.м.н. Р.С. Аракельян, ст. преподаватель Д.Л. Мехреньгин

*Кафедра инфекционных болезней
(зав. каф. – д.м.н., проф. Х.М. Галимзянов)*

*Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф
(зав. каф. – к.п.н., доц. Н.Н. Касаткин)*

Воздушно-капельные инфекции - это инфекции, возникающие при передаче возбудителя через воздух вследствие проникновения в дыхательные пути мельчайших капелек слизи, содержащих патогенные микробы.

К инфекциям, передающимся воздушно - капельным путем, имеющие первостепенное значение в условиях террористического акта относятся: птичий грипп, свиной грипп, натуральная оспа и корь

По данным Всемирной организации здравоохранения, с февраля 2003 года по февраль 2008 года из 361 подтвержденного случая заражения людей вирусом птичьего гриппа 227 стали смертельными. Последняя смерть человека от птичьего гриппа зафиксирована в конце декабря 2011 года в Китае.

В 2010 году в глобальных масштабах произошло 139 300 случаев смерти от кори – почти 380 случаев в день или 15 случаев в час.

В 2011 году отмечено 600 случаев заболевания в 11 регионах РФ начало 2012 года ознаменовалось серьезной вспышкой кори.

В Астраханской области в 2011 году было зарегистрировано 48 случаев кори и один смертельный.

По состоянию на 30.03.2012 г. зарегистрировано 33 новых случая кори на территории Астраханской области: январь — 8 случаев; февраль — 7 случаев; март — 18 случаев (из них 13 лабораторно подтвержденных, 5 в работе).

Говоря о птичьем гриппе как о биологическом оружии, можно отметить, что:

- Из-за высокой летальности и вирулентности HPAI A(H5N1), его эпидемического проявления, большого и растущего множества носителей и значительных продолжающихся мутаций, H5N1 считается наиболее большой пандемической опасностью в наше время.

- В 2003 году известный в мире вирусолог Роберт Вебстер опубликовал статью под названием «Мир качается на грани эпидемии, которая может уничтожить большую часть человеческой популяции» в журнале *American Scientist*.

- 29 Сентября 2005 года, Дэвид Набарро, недавно назначенный главным координатором по птичьему и человеческому гриппу Объединённых наций, предостерег мир о том, что прорыв птичьего гриппа может уничтожить от 5 до 150 миллионов человек.

Томас Ингелсби из Центра биологической безопасности при Университете Питтсбурга считает, что публиковать отчет о птичьем гриппе H5N1 рискованно. Не исключено, что кто-то повторит опыты и получит описанные мутации. Таким образом, в мире может появиться идеальное биологическое оружие.

Если же говорить о свином гриппе как о биологическом оружии, можно упомянуть о статье микробиолога Горвица и доктора Джейн.

- В своем скандальном заявлении влиятельный американский микробиолог, доктор Леонард Горовиц сообщил, что свиной грипп был выведен в лаборатории — путем смешивания H1N1 с испанкой, генами свиней. Затем заразу доставили в Мексику. Горовиц доказывал, что и вакцина от гриппа — очередная афера: это высокотоксичное биологическое оружие, которое ведет к “выгоранию” иммунной системы и вызывает около 20 видов раковых заболеваний. Принудительная вакцинация населения против свиного гриппа – не что иное, как биологическое оружие массового поражения, которое, возможно, приведет со временем к необратимым процессам в организме прошедших вакцинацию, спровоцирует более масштабные эпидемии и, несомненно, подорвет иммунитет человечества.

- В 1977 году из китайской или советской лаборатории произошла утечка вируса свиного гриппа. И все это время он циркулировал.

Биологическое оружие на основе оспы использовалось издавна.

- Великобритания могла использовать оспу как биологическое оружие во время Французской и Индейской войны (1754—1763) против Франции и американских индейцев. Оспа также использовалась в виде оружия во время Войны за Независимость (1775—1783). Во время 2-й Мировой войны ученые из Великобритании, США и Японии были вовлечены в исследования по созданию биологического оружия на основе оспы.

- СССР создал фабрику оспенного оружия в 1947 году в городе Загорск.

- В настоящее время вирус натуральной оспы существует только в двух лабораториях США и России. Вопрос окончательного уничтожения вируса оспы отложен до 2014 г.

Корь – это забытая опасность.

1. Все новое – это хорошо забытое старое: корь возвращается в Европу, неся с собой потенциально смертельные осложнения. “30-40 лет назад было столько случаев кори, что у каждого хоть один знакомый переболел ей, а порой еще и с осложнениями.

2. Вакцинированные дети по-прежнему заболевают корью. Летальные исходы и госпитализации по причине заболевания корью регистрируются в течение 120 лет. Имеющиеся графики снижения смертности от кори демонстрируют, что с самого начала своего использования коревая вакцина никак не влияла на это снижение, равно как и не влияла она на количество детей, госпитализированных в годы эпидемий кори

3. При этом угроза носит глобальный характер: из-за недостаточного уровня вакцинации Европа по сути дела экспортирует вирус в регионы, от него избавившиеся, например, Северную и Южную Америку.

4. Для оптимальной защиты нужны две дозы вакцины – по словам ВОЗ, это единственный способ полностью искоренить корь в Европе к 2015 г.

Заключение

Свиной грипп, птичий грипп, натуральная оспа, корь являются наиболее опасными инфекциями, которые могут быть применены в качестве биологического оружия.

НЕВИДИМАЯ ОПАСНОСТЬ ЩУЧЬЕЙ ИКРЫ

В.В. Скворцов (VI курс, лечебный факультет), Ю.Н. Скворцова (V курс, лечебный факультет)
Научный руководитель – к.м.н. Р.С. Аракельян

*Кафедра инфекционных болезней
(зав. каф. – д.м.н. проф. Х.М. Галимзянов)*

Практически каждый из нас хотя бы раз в жизни пробовал щучью икру, сами того не подозревая какая опасность в ней скрывается. В данном случае речь пойдет про такое заболевание как дифиллоботриоз. Чем же интересно данное заболевание? Во-первых, среди всех паразитарных заболеваний по Астраханской области оно занимает 3-е место (1-е – энтеробиоз, 2-е – педикулез). Во-вторых, оно является наиболее опасным заболеванием в Астраханской области, так как у местного населения существует привычка употреблять малосоленую щучью икру, в которой могут находиться инвазионные личинки (плероцеркоиды) широкого лентеца.

Проведя статистическую работу, было установлено, что за период с 2000-2011 гг. было зарегистрировано 4309 пациентов с дифиллоботриозом, из них: городское население – 3639 чл. (84,5%), сельское – 670 чл. (15,5%).

По возрастам зараженность отмечалась следующим образом: дети в возрасте от 1 года до 17 лет – 502 чл. (11,7%), в т.ч. городских жителей – 439 чл. (87,5%), сельских – 63 чл. (12,5%); взрослые – старше 17 лет – 3807 чл. (88,3%).

Наиболее часто дифиллоботриоз регистрировался в г. Астрахани – 387 чл. (8,9%), а также в сельских районах Астраханской области – 3922 сл. (91,1%): Камызякский – 175 чл. (4,6%), Ахтубинский – 91 чл. (2,3%), Красноярский – 87 чл. (2,2%), Черныйорский – 85 чл. (2,2%) и Наримановский – 70 чл. (1,8%).

Дифиллоботриоз – заболевание, обусловленное паразитированием в тонком кишечнике человека дифиллоботриид и характеризующееся нарушением деятельности верхнего отдела пищеварительного тракта [1, 3].

В России известно не менее 25 видов рыб, зараженных личинками дифиллоботриоза. Среди них щука, судак, окунь, ерш. В Астраханской области наиболее пораженной рыбой является, как правило, щука, особенно – ее икра.

Икра щуки, приготовленная без предварительной обработки кипятком, слабого посола, сохраняет в себе личинки в живой стадии, что приводит к заражению при ее употреблении. Заражение также может происходить при употреблении рыбы после недостаточной термической обработки. От больного человека здоровому болезнь не передается.

В диагностике информативен эпиданамнез (пребывание в эндемичной области, употребление сырой рыбы, недосоленной икры). Часто больные сообщают о выделении с калом частей гельминтов. Окончательный диагноз устанавливается при обнаружении в кале яиц гельминта.

В наших наблюдениях, заболевание протекало бессимптомно. Диагноз был выставлен после обнаружения яиц паразита в фекалиях человека при случайных обследованиях.

В лечении дифиллоботриоза, сопровождающегося анемическим синдромом, предусматривается переливание кровезамещающих растворов и проведение рациональной витаминотерапии. Назначают фенасал внутрь в следующих суточных дозах: дети до 2 лет – 0,5 г (2 таблетки), от 2 до 5 лет – 1 г (4 таблетки), от 5 до 12 лет – 1,5 г (6 таблеток), старше 12 лет – 2–3 г (8–12 таблеток) [2, 4].

Мероприятия, направленные на механизм передачи, заключаются в предупреждении попадания яиц гельминта в водоемы, для чего следует особое внимание уделять контролю за спуском сточных вод у различных населенных пунктов, нечистот с различных судов, а также за санитарно-гигиеническим состоянием мест отдыха людей, находящихся около водоемов (пляжи, берега около мест проживания людей, дачные поселки). Помимо этого, необходимо строго соблюдать все принятые нормы и правила приготовления продуктов из рыбы, их хранения и распространения.

Для гарантированного уничтожения личинок широкого лентеца необходимо соблюдать следующие рекомендации. Фарш, котлеты, а также мелкую рыбу и нарезанные куски крупной рыбы необходимо жарить не менее 15—20 мин., а крупную рыбу большими кусками — не менее 30-40 мин [5].

При посоле рыба обезвреживается через 2-7 дней, в икре щуки личинки гельминтов погибают при 10% посоле (к весу икры) через 30 мин., При 5% - через 6 часов, при 3% посоле – только через 2 суток [5].

При замораживании рыбы при температуре -18°С гибель личинок происходит на 2-4 день, а при температуре -6° С через 6-7 суток [5].

Выводы:

1. Необходимо объединить усилия ветеринарной и медицинской служб в государственном масштабе для проведения мероприятий, направленных на активное предупреждение новых условий, благоприятствующих передаче инвазии.

2. К таким мероприятиям относятся: ветеринарно-санитарное контролирование рыбных рынков, санитарная обработка сточных вод, лечение животных и людей, усиление ветеринарно-санитарного контроля над реализацией речной рыбы и качественным проведением её экспертизы.

3. Особенно большое внимание следует уделять просветительной работе с населением.

ПРИРОДНЫЙ МИНЕРАЛ «ОПОКА» В ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОВОЙ КИСТЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА

А.С. Стулов, Н.А. Заплетина, В.М. Филиппова

(V курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н. Р.С. Аракельян

*Кафедра инфекционных болезней
(зав. каф. – д.м.н. проф. Х.М. Галимзянов)*

Цистный эхинококкоз – биогельминтоз, вызываемый паразитированием в тканях и органах человека личиночной стадии цестоды *Echinococcus granulosus*, характеризующийся хроническим течением, образованием кист и деструктивным поражением печени, легких и других органов.

Наиболее частая локализация гельминта - печень и легкие, но он может поражать и другие органы (мозг, почки, сердце) как первично, так и вследствие развития метастазов. Эхинококкозы могут сопровождаться тяжелыми осложнениями, приводящими к инвалидности и смерти. Обычно случаи эхинококкозов выявляются в поздних стадиях, через несколько лет после начала заболевания.

За последние 10 лет в Астраханской области зарегистрировано 80 случаев эхинококкоза человека. Частота заболеваемости эхинококкозом в Астраханской области составляет 0.89 на 100 тыс. человек. При иммунологических обследованиях населения выявляется до 13,5% зараженных из числа обследованных.

До недавнего времени считалось, что эхинококкоз головного мозга – редкое паразитарное заболевание, однако частота случаев за последние годы позволяет существенно изменить это представление.

Для эхинококкоза головного мозга характерно длительное бессимптомное течение заболевания, поскольку киста увеличивается медленно (в среднем на 1 см в год) и обычно не вызывает реактивных изменений в ткани мозга.

Иногда первым симптомом болезни могут быть клонические эпилептические припадки с последующим присоединением локальных припадков. После развития локальных двигательных припадков выявляется очаговая пирамидная симптоматика.

Эхинококкоз головного мозга распознается чрезвычайно сложно, но можно. Обычно, вначале предполагается диагноз – опухоль мозга, который можно верифицировать при магнитно-резонансной томографии или во время операции головного мозга. Уточняется диагноз в случаях выявления эхинококкоза во внутренних органах (чаще всего в печени) и получении некоторой анамнестической информации о профессии (контакт с животными).

При исследовании крови, обычно обнаруживают эозинофилию. В цереброспинальной жидкости имеется небольшой плеоцитоз с присутствием эозинофилов, а также и небольшое увеличение уровня белка, в некоторых случаях – отдельные части пузыря.

Лечение эхинококкоза ЦНС - преимущественно хирургическое, поскольку на момент диагностики пузыри практически всегда достигают большого размера. Основным методом хирургического лечения эхинококкоза является удаление кисты без вскрытия стенки. Это возможно при поверхностной локализации и не очень больших размерах паразита.

Мы хотели бы привести пример эхинококкоза головного мозга, который мы наблюдали у жительницы Республики Дагестан, временно проживающей в г. Астрахани.

Клинический пример.

Больная М., 20 лет.

Жалобы: на периодически возникающие головные боли, головокружение, рвоту. Один раз был отмечен эпилептический припадок.

Параметры исследования: исследование головного мозга выполнено в поперечных, сагиттальных и фронтальных проекциях, в T₁, T₂ и flair последовательностях без усиления и с усилением сигнала.

Протокол обследования: срединные структуры не смещены.

В правой теменной области визуализируются обширная зона постоперационных кистозно-глиозно-атрофических изменений паренхимы мозга с неравномерным расширением субарахноидального пространства. Зона глиоза распространяется на перивентрикулярные отделы височного рога правого бокового желудочка, субкортикальные отделы островка. На этом фоне в пределах зоны вмешательства глубинно в области задней трети кортикальной поверхности правого островка, визуализируется патологический участок неправильной формы с четкими неровными контурами, смешанной интенсивности сигнала на T₂, средней и слегка повышенной на T₁ томограммах, повышенной на flair томограммах, 16 мм (вертикальный) * 23 мм (переднезадний) * 13 мм (поперечный). После в/в усиления сигнала (Магневист 15 мл) отмечается интенсивное преимущественно кольцевидное накопление контрастного препарата в описанном патологическом участке.

Расширены периваскулярные пространства в субкортикальных, перивентрикулярных отделах полушарий мозга, в базальных ганглиях.

Боковые желудочки ассиметричны с преобладанием в размерах правого, в т.ч. височные рога. Ширина боковых желудочков на уровне тел: справа 14 мм, слева 12 мм. Третий желудочек шириной 10 мм. Водопровод мозга функционирует, не сужен. Имеется легкое расширение конвексимальных борозд и щелей полушарий мозга, цистернальных пространств ЗЧЯ.

Гиппокампы ассиметричны с признаками гипотрофии правого.

Зрительные нервы симметричны, ретробульбарное пространство свободно.

Селлярная область, гипофиз не изменены.

Видимые ЧМН, краниоспинальный переход без особенностей. Миндалины мозжечка расположены у входа в большое затылочное отверстие (без пролабирования). Нижний червь мозжечка гипопластичен.

Придаточные пазухи носа нормальной пневматизации.

Заключение: Состояние после краниотомии в правой теменной области, удаления эхинококковой кисты (от 26.06.10). Постоперационные кистозно-глиозно-атрофические изменения правой теменно-височно-инсулярной области. Патологический участок в правой инсулярной области, вероятнее всего, рецидив эхинококковой кисты. Легко выраженная открытая смешанная гидроцефалия.

После обследования больной было назначено серологическое исследование методом ИФА с антигенами эхинококка, которое показало титр 1:200 и рекомендовано наблюдение у хирурга и паразитолога.

Со слов отца известно, что больная в качестве лечения использовала аппликации из природного минерала – опоки.

Опока – это прочная пористая кремнистая осадочная горная порода. Опока состоит в основном из микрозернистого водного аморфного кремнезёма (до 97%) обычно с примесью глины, песка, глауконита и др. от других минералов опока отличается большой однородностью и раковистым изломом. Цвет от светло-серого до тёмно-серого, почти чёрного. Чистые разновидности опоки характеризуются высокими адсорбционными свойствами.

Опока обладает уникальными лечебными свойствами: антитоксичными и адсорбирующими свойствами, выводит патогенные вещества из организма, прекрасно оздоравливая его.

Преимущество опоки в том, что по сравнению с другими видами глин, она является самым сильным сорбентом.

Опоку смешивали с кипяченой теплой водой до получения кашицеобразной массы, затем наносили на предполагаемое место локализации кисты. Время экспозиции составляло от 40 до 90 минут. Такие процедуры проводили в день в течение 3 месяцев. Затем делали небольшой перерыв и вновь продолжали лечение. В феврале 2013 г. больная была обследована – сделано МРТ, которое показало полное отсутствие кисты в правой теменной области.

РЕДКИЕ ЛИЧИНОЧНЫЕ ГЕЛЬМИНТОЗЫ

А.А. Уразалиева (V курс, лечебный факультет)
Научный руководитель – к.м.н. Р.С. Аракельян

*Кафедра инфекционных болезней
(зав. каф. – д.м.н. проф. Х.М. Галимзянов)*

В числе различных гельминтозов, в нашем регионе регистрируются и такие редкие заболевания паразитарной этиологии, как

клонорхоз, стронгилоидоз, дирофиляриоз, анкилостомидоз и дикроцелиоз.

Наибольший удельный вес из группы паразитарных болезней имеет клонорхоз. Спорадические случаи и микроочаги стронгилоидоза зарегистрированы в Республике Адыгея, Архангельской, Амурской, Брянской, Воронежской, Новосибирской, Нижегородской, Ростовской, Астраханской областях.

На долю дирофиляриоза приходится 12,2% заболеваний редкими гельминтозами.

С 1977 г. в Астраханской области ведется учет и систематизация случаев дирофиляриоза у людей. Только за последние 10 лет с 2002 по 2012 гг. на территории Астраханской области выявлено 35 человек с дирофиляриозом, в т.ч. женщины – 77,1%, мужчины – 22,9%.

Гельминт локализовался: в области век – 10 сл. (28,6%), в области глаз и в области лба – по 6 сл. (17,1%), в области волосистой части головы – 4 сл. (11,4%), в области верхних конечностей – 3 сл. (8,7%). Единичные случаи локализации отмечались в области лица, груди и нижних конечностей – по 2 сл. (5,7%).

Во всех случаях больные предъявляли жалобы на боль, жжение, гиперемии и отечность пораженного участка. 44% больных отмечали миграцию гельминта под кожей.

Среди заболевших дирофиляриозом городских жителей в 2 раза больше, чем жителей сельских районов. Так, по городу регистрируется пораженность в 64,0%. По Астраханской области, максимальная пораженность отмечается в Камызякском, Икрянинском, Красноярском и Приволжском районах – по 8,0% и 4,0% случаев в г. Знаменск.

Во всех случаях у людей извлекался один гельминт. В 84% случаев в паразитологическую лабораторию доставлялся живой гельминт, удаленный у человека. В 16% случаев полностью удалить гельминта не удавалось, и на контрольное исследование доставлялись фрагменты нематоды.

ЭПИДЕМИЧЕСКИЕ ОЧАГИ ПРИ МАЛЯРИИ

В.М. Филиппова, Н.А. Заплетина, А.С. Стулов

(V курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н. Р.С. Аракельян

*Кафедра инфекционных болезней
(зав. каф. – д.м.н. проф. Х.М. Галимзянов)*

Эпидемический очаг – место пребывания источника инфекции с окружающей его территорией в пределах возможного механизма передачи возбудителя [2].

С точки зрения эпидемического процесса при малярии, эпидемический очаг или очаг малярии – есть совокупность популяции малярийного паразита и поддерживающих его существование человеческой популяции и популяций комаров. С практической точки зрения очагом считают населенный пункт вместе с прилегающими к нему анафелогенными водоемами и местами, посещаемыми его жителями, особенно в темное время суток [1].

Согласно принятой оперативной классификации очагов, выделяют 7 категорий:

- Псевдоочаги – населенные пункты, в которых передача невозможна из-за недостатка тепла или отсутствия переносчика.
- Оздоровленный очаг – населенный пункт, в котором передача возможна, но отсутствует в течение двух эпидсезонов, не считая текущего. Случаи малярии отсутствуют.
- Новый потенциальный очаг – населенный пункт, где в течение сезона эффективной заражаемости комаров появляются завозные или прививные случаи, но доказательства, что происходит передача, нет.
- Новый активный очаг – очаг, где происходит передача после длительного перерыва, что доказывается наличием вторичных от завозных, а также местных случаев. Такие очаги делятся на *новый активный очаг 1 степени* – имеются только случаи, вторичные от завозных, а собственно местных случаев еще нет; *новый активный очаг 2 степени* – имеются не только вторичные от завозных, но и собственно местные случаи малярии.
- Остаточный активный очаг – очаг, где передача происходит или происходила в прошлом эпидсезоне.
- Остаточный неактивный очаг – очаг, где передача прекратилась, есть только рецидивные случаи.
- Восстановившийся очаг.

В Астраханской области за период с 2000 по 2008 гг. зарегистрировано 89 случаев малярии человека, в том числе завозных случаев из стран СНГ – 75 (84,3%), вторичных от завозных – 10 (11,2%) и рецидивов – 4 (4,5%) (таблица 1).

Табл. 1. Число зарегистрированных случаев малярии в Астраханской области за 2000 – 2008 гг.

Случаи малярии	Годы									Всего
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
Завозные	17	28	7	5	6	5	-	-	1	69
Вторичные от завозных	2	4	3	2	-	-	-	-	-	11
Рецидивные	-	3	1	1	3	1	-	-	-	9
Всего	19	35	11	8	9	6	-	-	1	89

С 2008 г. случаи малярии в Астраханской области не регистрировались.

Всего за анализируемый период были зарегистрированы следующие виды очагов: псевдоочаг – 31 сл. (34,8%), новый потенциальный очаг – 53 сл. (59,5%), активный новый очаг – 4 сл. (4,6%) и активный новый очаг 1 степени и – 1 сл. (1,1%) (таблица 2).

Табл. 2. Распределение эпидемических очагов при малярии за 2000 – 2008 гг.

Эпидемические очаги	Годы							Всего
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2008	
Псевдоочаг	6	12	3	2	6	1	1	31
Новый потенциальный	11	22	8	4	3	5	-	53
Активный новый	1	1	1	2	-	-	-	5
Активный новый 1 степени	1	-	-	-	-	-	-	1
Всего	9	35	12	8	9	6	1	89

Так, псевдоочаги были зарегистрированы непосредственно в городской черте – 22 (71,0%) и в сельской местности – 8 (25,8%). 1 псевдоочаг (3,2%) пришелся на железнодорожный состав «Баку-Москва» - житель Азербайджана находился проездом в Астрахани.

Потенциальные очаги также регистрировались как в городской – 32 сл. (60,4%), так и в сельской местностях – 20 сл. (37,7%). Также 1 случай (1,9%) потенциального очага был зарегистрирован в железнодорожном составе «Душанбе-Москва».

Активный новый очаг был зарегистрирован в сельской местности – Красноярский район – 2 очага, Ахтубинский и Наримановский районы – по 1 очагу.

Активный новый очаг 1 степени был зарегистрирован в Красноярском районе – 1 сл.

Эпидемические очаги при малярии у нас отмечались не только в городской и сельской местностях непосредственно по месту жительства источника инфекции, но и в таких учреждениях, как следственный изолятор №1 ИЗ-30/1 Управления Федеральной службы исполнения наказаний РФ по Астраханской области – 3 сл. (житель Таджикистана, находившийся под следствием). Другие два эпидемических очага не имели конкретного районирования, т.к. приходились на место нахождения источника инфекции (купе железнодорожного состава).

Еще 2 эпидемических очага были зарегистрированы по улице Татищева (общежитие студентов АГТУ) – случай тропической малярии у студентки из Экваториальной Гвинеи и случай трехдневной малярии у студента из Мавритании.

Географически очаги малярии распределялись таким образом: г. Астрахань – 61 очаг (68,5%), в т.ч. Ленинский район – 23 очага (37,7%), Кировский район – 18 очагов (29,5%), Советский район – 17 очагов (27,9%) и Трусовский район – 1 очаг (1,6%), а также проездом через Астрахань – 2 очага (3,3%); Астраханская область – 28 очагов (31,5%), в т.ч. Наримановский район – 8 очагов (28,6%), Красноярский район – 7 очагов (25,0%), Ахтубинский район – 5 очагов (17,9%), Харабалинский район – 4 очага (14,2%), Черноярский район – 2 очага (7,1%), Лиманский и Камызякский районы – по 1 очагу (по 3,6%).

Таким образом, на территории Астраханской области в течение всего сезона передачи эффективной заражаемости комаров (май – сентябрь) за последние 10 лет отмечались завозные случаи малярии. Максимальное число зарегистрированных случаев завозной малярии было отмечено в 2001 г. – 22 сл.

В начале апреля 2001 г. среднемесячная температура в регионе достигала 12,4°C, в конце апреля температура приближалась к 15,0°C – это время можно было считать началом сезона эффективной заражаемости комаров, а начало сезона передачи малярии пришлось на конец мая (30 мая). В эти дни температура достигала 19,5°C.

Сезон эффективной заражаемости комаров в 2001 г. закончился 5 сентября. В эти дни среднемесячная температура составляла 17,9°C, а сезон передачи малярии завершился в октябре составил 13,7°C. Продолжительность сезона передачи малярии в этот год составила 128 дней.

Также, после длительного перерыва, в Астраханской области были зарегистрированы новый активный очаг, что свидетельствует о наличии вторичных от завозных случаев малярии (2003 г. – 2 сл.), а также появление нового активного очага 1 степени, когда имелись только случаи вторичные от завозных (2000 г. – 1 сл.).

КЛИНИКА ГЕРПЕС – ЗОСТЕР У ВЗРОСЛЫХ

И.Н. Заковряшина (V курс, лечебный факультет)
Научный руководитель – к.м.н. Г.К. Курятникова
Кафедра инфекционных болезней
(зав. каф. – д.м.н. проф. Х.М. Галимзянов)

Термин герпес ввел древнегреческий историк Геродот (около 100г до н.э.) от греч. herpes — ползучая кожная язва. Термин zoster в переводе лента, пояс. Возбудитель инфекции — вирус семейства Herpesviridae, которое насчитывает более 80 представителей, вирусы имеют сходную структуру и ряд общих антигенов. Опоясывающий герпес (опоясывающий лишай, herpes zoster) — вирусная инфекция человека, поражающая кожные покровы и нервную систему, имеющая общую этиологию и тесную патогенетическую связь с ветряной оспой[2]. Частота заболевания в возрастных группах такова: 2.5 на 1000 человек в возрасте 20-50 лет; 5.09 на 1000 человек в возрасте 51-79 лет; 10.1 на 1000 человек в возрасте старше 80 лет[3].

Цель: Провести клинический анализ форм герпесной инфекции, частоту осложнений, методы диагностики и терапии заболевания.

Задачи исследования: установить характер течения и клинические проявления герпесной инфекции у пациентов 3 отделения ОКИБ.

Всего было исследовано 45 пациентов. Среди мужчин было 19 человек (42.2%), женщин 26 (57.8%). Возраст больных колебался от 20 до 90 лет. Количество мужчин в возрасте 20-30 лет составило 3 человека, 30-40 лет – 1, 40-50 лет – 4, 50-60 лет – 4, 70-80 лет – 4, 80-90 лет – 2; количество женщин до 20 лет 1 человек, 20-30 лет – 5, 30-40 лет – 1, 40-50 лет – 4, 50-60 лет – 4, 60-70 лет – 1, 70-80 лет – 9, 80-90 лет – 1. Из пациентов 16 человек (36%) были сельскими жителями, 29 человек (64%) городскими. Среди обследованных не выявлено связи с болеющими герпесной инфекцией людьми, из возможных причин заболевания 10 человек (22.2%) отмечали переохлаждение.

Длительность пребывания в стационаре была от 1 до 20 дней.

Клиническая картина имела типичное течение. У больных отмечались общетоксические жалобы: слабость, головная боль, недомогание, снижение работоспособности. Из клинических проявлений отмечено наличие высыпаний на коже у 43 человек (95%): у 26 человек (59%) сыпь длилась 10 дней, у 6 человек (14%) сыпь длилась 8 и 14 дней, у 4 человек (9%) 20 дней, у 2 человек (4%) 5 дней; болезненность и зуд в области высыпаний у 42 человек (93%); повышение температуры тела у 39 человек (87%): 37.3 - 38.2°C у 28 человек (72%), 38.4 – 39.5°C у 11 человек (28%). У 15 человек (38%) температура длилась 5 дней, у 12 человек (31%) 10 дней, у 9 человек (23%) 7 дней, у 3 человек (8%) 12 дней, у 6 не отмечено повышения температуры. Отечность тканей в области высыпаний выявлялась у 24 человек (47%), гиперемия кожных покровов в зоне высыпаний у 18 человек (40%), увеличение регионарных лимфатических узлов у 18 человек (40%)[рис.1]. Увеличение лимфатических узлов составляла 0.5 – 1.0 см в диаметре, не спаянные с подлежащими тканями, у 8 человек (44%) болезненные при пальпации.

Высыпания на коже чаще всего представлены вначале папулами, которые через 1-2 дня превращаются в везикулы. На фоне старых элементов в течение нескольких дней появляются и новые подсыпания (ложный полиморфизм). В стадию регресса отмечают подсыхание элементов, появление корочек и шелушения, возможно образование эрозий и присоединение вторичной микрофлоры[1].

По локализации высыпаний выявили следующие данные: поражение лица, включающее лобную, височную, щечную, затылочную область, переносицу и волосистую часть головы у 18 человек (41%); туловище, включающее спину, грудную клетку, боковые поверхности и область живота у 10 человек (23%); нижние конечности, в которые входят паховая область, бедра, голени, а также поясница, крестец и ягодица у 7 человек (16%); сочетание поражения лица и туловища у 6 человек (14%); поражение верхней конечности и лица, а

также нижней конечности и туловища по 2 человека (по 3%)[рис.2]. Длительность высыпаний от первых везикул до корочек составляло 11 дней. У 9 человек (20%) были выявлены осложнения основного заболевания. Ганглионеврит I ветви V пары черепно-мозговых нервов встретился у 1 человека (11.1%), герпетический конъюнктивит и дерматит век (офтальмогерпес) у 4 человек (44.4%), менингоэнцефалит у 1 человека (11.1%), герпетический энцефалит у 1 человека (11.1%), ганглионеврит I ветви V пары черепно-мозговых нервов и герпетический конъюнктивит у 2 человек (22.3%)[рис.3].

Из 45 человек лабораторно подтвержденный диагноз был у 4 человек (8.9%). Из лабораторных данных использовался иммуноферментный анализ (ИФА) к ВПГ1,2, где отмечались положительные YgM и YgG. С целью дифференциальной диагностики в 4х случаях было проведено исследование крови как лихорадящих больных, в 3х случаях на аденовирусную инфекцию и грипп, по 1 случаю ПЦР крови на антитела к крымской геморрагической лихорадки и лихорадки КУ.

В стационаре пациенты получали следующее лечение: ацикловир энтерально (длительность 7 – 10 дней по 0.2 мг 5 раз в сутки) и наружно в виде мази (5% мазь 7 – 10 дней на зоны высыпаний), циклоферон (внутримышечно по 2.5 мг 1 раз в сутки курсом 5 – 10 дней), тавегил (по 1 мг 2 раза в сутки 3- 5 дней), цианокобаламин(по 100 – 200 мкг внутримышечно 1 раз в сутки 10 дней), альбумид (при офтальмогерпесе 7 – 10 дней), глюкоза, ацесоль, цефазолин (при присоединении бактериальной флоры).

Выводы:

1. Герпетическая инфекция протекала в традиционной форме с везикулярной сыпью на коже.
2. Среди осложнений преобладали ганглионеврит и офтальмогерпес, возникающие при более тяжелом течении заболевания или несвоевременно начатой терапии.
3. Лабораторная диагностика применяется в клинически сомнительных случаях и в целях дифференциальной диагностики и не несет массовый характер.

Основными препаратами в терапии остаются ацикловир и циклоферон

РОЛЬ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В СТРУКТУРЕ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ

М.К. Асламбекова, Г.Н. Баймуханова
(V курс, педиатрический факультет)
Научный руководитель: д.м.н., проф. Г.А. Харченко

*Кафедра детских инфекций
(зав. каф. – д.м.н., проф. Г.А. Харченко)*

Актуальность: в клинической медицине третьего тысячелетия особая роль принадлежит вирусным инфекциям, оказывающим отрицательное влияние на течение и исход беременности, внутриутробное развитие плода. Среди таких инфекций наиболее распространенной является цитомегаловирусная инфекция. Высокая частота внутриутробного инфицирования вирусом цитомегалии обусловлена целым рядом факторов, основными из которых являются эпидемиологические особенности заболевания, а также особенности иммунитета у беременных женщин, плодов и новорожденных. Среди всех известных внутриутробных инфекций именно ЦМВИ является ведущей причиной поражения головного мозга и потери слуха у новорожденных.

Цель исследования: оценить структуру заболеваемости ВУИ у новорожденных детей, находящихся на стационарном лечении в инфекционном отделении ГУЗ АО ДГКБ № 1 для новорожденных г. Астрахани за период с 2010 по 2012 гг.

Материалы и методы: изучен анамнез и лабораторные данные по историям болезни 206 детей с ВУИ. Анализ результатов выявил, что 26 детей инфицировано ЦМВ. Из них у 19 (73%) детей наблюдалась локализованная форма ЦМВИ и у 7 (27%) детей - генерализованная форма. Внутриутробная ЦМВИ у детей чаще протекала как локализованная форма и проявлялась сиалоаденитами. Лихорадка отмечалась у 30% детей, длительностью в среднем 2 недели. При генерализованной форме у новорожденных отмечались тяжелые нарушения дыхания и сердечной деятельности: апноэ, тахикардия. Почти у всех детей была двусторонняя пневмония. Также были выражены нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта: увеличение печени и селезенки, вздутие живота, рвота, жидкий стул. Осуществлялось динамическое общеклиническое наблюдение за новорожденными детьми, включающее ежедневный осмотр с регистрацией динамики общего состояния и основных патологических симптомов, динамическим неврологическим осмотром. Всем детям проводились следующие обязательные исследования: общий анализ крови и мочи, биохимическое исследование крови, микробиологическое исследование посевов крови. При генерализованной форме в крови: лейкоцитоз, тромбоцитопения. При локализованной - повышение холестерина, щелочной фосфатазы, АЛТ и АСТ, общего билирубина. По показаниям всем детям проводились лабораторные и инструментальные исследования

(рентгенография грудной клетки и брюшной полости, электрокардиография, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и головного мозга). Проводилась серодиагностика ЦМВИ путем обнаружения серологических маркеров иммунного ответа (специфических антител) – Ig классов М и G, ПЦР-диагностика для обнаружения ДНК ЦМВИ.

Вывод: исследование доказало необходимость проведения своевременных лечебно-профилактических мероприятий во время беременности, при подготовке к родам, что дает реальную возможность избежать негативного влияния ЦМВИ на течение беременности, развитие патологии плода и новорожденного.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕНЕРАЛИЗИРОВАННЫХ ФОРМ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

М. З.-А. Берсанова (VI курс, педиатрический факультет)
Научный руководитель: д.м.н., проф. Г.А. Харченко

*Кафедра детских инфекций
(зав. каф. – д.м.н., проф. Г.А. Харченко)*

Актуальность: показатели заболеваемости менингококковой инфекции (МИ) в РФ остаются достаточно высокими. По данным Федерального центра Госсанэпиднадзора МЗ РФ за I полугодие 2012 года общее количество заболевших генерализованными формами МИ, детей в возрасте до 14 лет, составило 3741 больных, а в 2011г.-728 (показатель на 100 тыс. соответственно 3,49 и 3,47).

В Астраханской области подъем заболеваемости МИ, начавшихся в 70-х годах, протекал волнообразно с пиками через 2-3 года, а показатель заболеваемости на 100 тыс. детского населения в различные годы составлял от 7,11 до 26,7.

В 2011-2012 годах показатель заболеваемости МИ в Астраханской области превышал республиканский в 2,5 раза.

Цель исследования: оценить структуру заболеваемости генерализованными формами менингококковых инфекций.

Материалы и методы: проанализировано 30 историй болезни больных с менингококковой инфекцией, лечившихся в областной инфекционной клинической больнице. Проведена статистическая обработка клинических и лабораторных данных.

Результат собственного исследования: среди генерализованных форм МИ преобладали менингит (42,9%), менингит + менингококцемия (32,7%), менингококцемия (22,4%). У 2% больных развивалась клиника менингоэнцефалита. Приведенные выше клинические формы МИ (менингит, менингит + менингококцемия) протекали типично, а тяжелые формы составляли 95,9% и у 26,5% больных сопровождалась инфекционно-токсическим шоком, отеком головного мозга.

Максимальная частота случаев заболевания приходилась на детей в возрасте от 7 до 14 лет (42,9%), в то время как дети до 1 года составляли 20,4%.

Обращает на себя внимание отсутствие зимне-весенней сезонности заболевания, характерной для МИ. Больные поступали в течение всего года число, с пиком заболевших в июне-октябре, совпадает с ростом вирусных менингитов (энтеровирусные, арбовирусные) в это время года. Заболевание начиналось остро, внезапно без продромального периода, с гипертермии, головной боли, повторной рвоты. Несмотря на характерное начало заболевания 62,3% больных поступали в стационар в конце 1-2 сутки, а наиболее частой ошибкой диагностики МИ являлся направительный диагноз ОРВИ, нейротоксикоз (42,8%).

Иллюстрацией является следующий клинический пример:

Ребенок Д., 5мес., родился от первой беременности, в срок, массой тела 3400 г. Период новорожденности протекал без особенностей. Вскармливался искусственно. Заболел остро, повысилась температура, стал вялым. Отмечена рвота не связанная с приемом пищи. Доставлен скорой помощью, с направленным диагнозом: ОРВИ, нейротоксикоз.

При осмотре в приемном покое в 1сутки от начала заболевания состояние ребенка тяжелое, температура тела 39,5°C. В сознании, вялый, выражена ригидность мышц затылка, симптомы Кернига, Брудзинского положительные, что и явилось основанием поставить диагноз: менингококковая инфекция, менингит.

При исследовании ликвора цитоз не поддается подсчету, нейтрофильного характера. В гемограмме лейкоцитоз, нейтрофилез, палочкоядерный сдвиг.

На фоне антибактериальной терапии, пенициллином из расчета 500 тыс. на кг. массы тела, дезинтоксикационной и дегидратационной терапии к 3 дню лечения достигнута положительная динамика. Температура снизилась до субфебрильных цифр, ребенок активен. Сохранился менингеальный синдром.

При бактериологическом исследовании ликвора высеялся менингококк группы А. При бактериоскопии ликвора обнаружены диплококки идентичные менингококкам. В конце первой недели получен положительный результат серологического исследования на менингококковую инфекцию (ИФА).

Клиническое выздоровление и полная санация ликвора наступила в конце 15 суток от начала терапии.

Заключительный клинический диагноз: менингококковая инфекция, генерализованная форма. Менингит, тяжелый, острое течение.

Диагноз подтвержден бактериологически и серологически.

Выводы: основной клинической формой менингококковой инфекции является менингит. Заболевание протекало типично. Ошибки в диагностике данных связана с неправильной трактовкой неврологических симптомов.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С

Е.А. Иншина (V курс, лечебный факультет)
Научный руководитель – к.м.н., доц. О.П. Черенова

*Кафедра инфекционных болезней
(зав. каф. – д.м.н. проф. Х.М. Галимзянов)*

Вирусные гепатиты с парентеральным механизмом передачи – это группа инфекций серьезно влияющих на состояние здоровья всей человеческой популяции [3]. Примерно треть населения планеты (2 миллиарда человек) имеют маркеры текущего или имевшего место в прошлом вирусного гепатита В, а распространенность вирусного гепатита С составляет до 300 миллионов человек [1, 2].

Цель работы: изучить клинико-эпидемиологическую характеристику вирусного гепатита С (ОВГС) по материалам областной инфекционной клинической больницы.

Проведен анализ данных 76 историй болезни больных ОВГС за последние 4 года (2009-2012 гг), находившихся на лечении в областной инфекционной клинической больнице имени А. М. Ничоги.

Среди заболевших было 52 мужчины (68%) и 24 женщины (32%). Возраст больных варьировал в широких пределах – от 18 до 62 лет. Заболевшими ОВГС были лица преимущественно молодого возраста: от 18 до 30 лет – 37 человек (49%), от 31 до 40 лет – 15 человек (20%), от 41 до 50 лет – 14 человек (19%), от 51 до 62 лет – 10 человек (12%).

Данные эпидемиологического анамнеза свидетельствуют о том, что у 23 (31%) заболевших отмечалось парентеральное введение наркотических веществ, у 28 больных (37 %) имели место оперативные вмешательства, татуирование – у 2 пациентов (2%), у 23 больных (30%) сведения о парентеральных вмешательствах отсутствовали.

У всех больных среднетяжелое течение заболевания. У 71 больного (94%) был отмечен преджелтушный период, который протекал по диспептическому (72%) и астеническому типу (28%). Жалобы на тяжесть и тупую боль в эпигастральной области наблюдались у 64 больных (84%). Кроме того, все поступившие предъявляли жалобы на снижение аппетита, тошноту и рвоту. Желтуха зарегистрирована у 71 больного (94%).

При объективном обследовании у всех больных выявлено увеличение печени на 1,5-2 сантиметра. Печень была эластичная, безболезненная. В единичных случаях отмечалось увеличение селезенки. Геморрагических проявлений у наблюдаемых больных не было.

Данные лабораторных исследований подтвердили диагноз острого вирусного гепатита С:

Повышение уровня содержания общего билирубина в крови наблюдался у 70 больных (92%). Умеренная желтуха с показателями уровня билирубина менее 100 мкмоль/л отмечена у 30 заболевших (40%);

выраженная желтуха (общий билирубин менее 200 мкмоль/л) наблюдалась у 36 больных ОВГС (48 %). Показатели общего билирубина в пределах нормы (до 20, мкмоль/л) были у 10 пациентов (8%).

У всех больных показатели аланинаминотрансферазы (АЛТ) были повышены. Умеренное повышение уровня АЛТ выявлено у 28 обследуемых (37%). У 32 больных отмечено выраженное повышение уровня АЛТ (42%). Показатели АЛТ в пределах нормы были у 16 заболевших (21%). Повышение показателей тимоловой пробы (от 6 ед. до 29 ед) отмечено у 62 больных (82%). Снижение протромбинового индекса (ПТИ) выявлено у 8 больных (10%). Диагноз ОВГС подтвержден методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) на РНК HCV в 100% случаев. Антитела к Сog антигену были выявлены у 58 пациентов (76 %).

Всем больным проведено следующее лечение: диета – стол №5, дезинтоксикационная терапия кристаллоидными и коллоидными растворами. Глюкокортикостероидные гормоны (преднизолон) применялись у 29 больных (38%). Также применялись полиферментные препараты; проведена витаминотерапия. Циклоферон применялся у 38 больных (50%) по 2г для внутримышечного введения - курс применения данного препарата составил 10 инъекций по схеме. Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре составила 16,8 дней. Больные выписаны из стационара под наблюдение врача кабинета инфекционных заболеваний в поликлинику по месту жительства.

Выводы:

1. Острый вирусный гепатит С протекает преимущественно в среднетяжелой форме.
2. Тестом, подтверждающим диагноз острого вирусного гепатита С является ПЦР на РНК HCV.
3. В данной группе осложнений и летальных исходов не наблюдалось.

КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ

И.К. Бахтадзе, А.Т. Тальтекова
(V курс, педиатрический факультет)
Научный руководитель – к.м.н. О.Н. Чабанова

*Кафедра туберкулеза
(зав. каф. – д.м.н., проф. Е.Н. Стрельцова)*

Эпидемиологическая ситуация с туберкулезом в Российской Федерации в современных социально-экономических условиях продолжает оставаться весьма напряженной, несмотря на некоторое улучшение показателей распространенности туберкулеза.

В России показатель заболеваемости среди детского населения вырос за период с 1988 по 2008гг. более чем в 2 раза – с 7,7 до 16,0 на 100 000, наиболее высокий уровень в возрастной группе 3-6 лет и у подростков 15-17 лет, а так же у состоящих на диспансерном учете в группах риска [1,2].

Заболеваемость туберкулезом среди детского населения Астраханской области так же имеет тенденцию к росту. Отмечается значительный рост показателя заболеваемости туберкулезом среди детского населения области с 7,6 в 1988г. до 28,3‰ в 2008г., т.е. в 3,7 раза. Показатель заболеваемости в Астраханской области в 1991г. был 5,6 (в РФ – 8,4), 1993 – 17,7 (в РФ – 10,5), 1998 – 34,4 (в РФ – 15,2), 2008 – 28,3(РФ –14,7), 2010 – 34,1, 2011 – 34,7(РФ – 16,2), 2012г. – 23,8 на 100 000 детского населения. В Южном Федеральном округе показатель заболеваемости туберкулезом в динамике за последние годы несколько уменьшился: 2002г. – 16,9; 2006г. – 12,7; 2008г. – 13,1 на 100 тысяч детского населения [3,4]. Частота осложненного течения первичных форм туберкулеза по данным разных авторов колеблется от 5,8 до 31,4% [1,2].

Цель исследования: изучить клиническую структуру осложненного течения первичных форм туберкулеза у детей в зависимости от метода выявления.

Материалы и методы: изучена медицинская документация 253 детей, находившихся на лечении в «ГУЗ ОПТД филиал для детей» города Астрахани в 2010-2012г. Из них 250 впервые выявленные с активным туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов; осложненное течение диагностировано у 28 (11,2%) больных. Для определения социального статуса семьи собирались сведения о семье, опрос родителей. Мальчиков было 16 (57,1%), девочек – 12 (42,9%). Преобладали дети до 3-х лет – 20 (71,4%), 4-7 лет – 6 (21,4%), старше 7 лет – 2 (7,2%). Средний возраст – 3,14±1,8 года. Из города Астрахани 8 детей (28,6%), районов области 12 (71,2%), в том числе из детских домов – 4 (14,2%), из семей мигрантов – (7,1%). Контакт с больным туберкулезом имел место в 60,7% случаев (17 чел.), из двойного семейного – 3 (17,6%), из асоциальных семей – 6 (21,4%). Страдали туберкулезом родители: мать- 35,4%, отец – 29,4%, бабушка – 17,6%, дядя – 11,7%, дедушка – 5,8%. Чаще источником туберкулезной инфекции были женщины матери и бабушки. Заболевшие туберкулезом женщины представляют собой более высокую эпидемиологическую опасность по сравнению с мужчинами из-за более тесного контакта с детьми. В неудовлетворительных жилищно-бытовых условиях проживали 12 (42,8%) детей, из неполных семей (34,4%). Вредные привычки имели 27,4 % родителей. У трети детей питание родители оценили (со слов) как удовлетворительное, более половины детей употребляли в пищу

овощи и фрукты в летний-осенний период. У большинства детей заболевание выявлено эпидемическим методом (при обследовании по контакту) – 13(46,6%), плановой туберкулиндиагностике – 9(32, 2%), при обращении с жалобами – 6 (21,4%). Некачественная вакцина БЦЖ (отсутствие рубца) имела место у 14,8 (4 чел.), один ребенок не вакцинирован (3,6%), рубец малых размеров (1-3 мм) определялся у 25,0% (7 чел), рубчик 4-5 мм у 46,2% (13 чел.), 6-9 мм – 10,3% (3 чел.). Средний размер рубчика – $3,25 \pm 1,8$ мм. При анализе туберкулиновой чувствительности в динамике у 19 детей (67,8%) туберкулез выявлен на фоне «виража», нарастание пробы Манту с 2 ТЕ – 5 (17,8%). Средний размер папулы – $13,75 \pm 4,1$ мм. Гиперергическая реакция на туберкулин 13 больных (46,4%). Отрицательный «Диаскинтест» определялся у 14,3% (4 чел.), сомнительный – 17,7% (17,8%), положительный – 39,3% (11 чел.), гиперергический 28,6% (8 чел.). Средний размер папулы – $9,14 \pm 5,5$ мм. У 6 (28,6%) детей отмечено совпадение гиперергической на реакции пробы Манту и «Диаскинтест». За три года частота осложнений увеличилась с 6,1% в 2010г. до 15,2% в 2012г.

В структуре осложнений наиболее часто встречалось нарушение бронхиальной проходимости в виде гиповентиляции у 11 (39,3%), очаги отсева – 10 (35,7%), бронхолегочное поражение – 4 (14,3%), ателектаз – 1(3,6%), туберкулез бронхов – 1 (3,6%), экссудативный плеврит – 1 (3,6%). Двухсторонняя локализация осложнений у 4 (14,3%) детей, поражение двух сегментов легкого – 3 (10,7%), туберкулез в трех группах лимфатических узлов – 3 (10,7%). У одного ребенка, из семьи мигрантов, с туберкулезным спондилитом, осложненным паравертебральным абсцессом, было сочетание нескольких осложнений: двухстороннее поражение с ателектазом доли легкого и туберкулез бронха, при посеве промывных вод бронхов обнаружены устойчивые к стрептомицину микобактерии туберкулеза.

Из 13 детей, выявленных по контакту, 53,8% (7 чел.) имели распространенное поражение (из троих двухстороннее поражение лимфатических узлов, у двоих детей бронхолегочное поражение, у одного ребенка ателектаз доли легкого). Большинство детей проживали в сельских районах – 69,2% (9 чел.). Рентгено-томографическое обследование не проведено 5 детям (38,4%). Ранее только двое детей получали химиопрофилактическое лечение по контакту (15,3%). Несмотря на распространенность туберкулезного процесса, жалобы на плохой аппетит отмечены только у одного ребенка. При поступлении состояние расценено как удовлетворительное у 11 детей (84,6%). В общеклинических анализах крови без патологии. Гиперергической характер реакции на пробу Манту с 2 ТЕ у 4 (30,7%) детей, «Диаскинтест» у 5 (38,4%).

Среди 9 детей, выявленных при плановой туберкулиндиагностике, только у одного ребенка в анамнезе указание на непостоянный контакт с бабушкой, больной туберкулезом. При объективном обследовании умеренные симптомы интоксикации отмечены у одного ребенка. На рентгенограммах изменения в виде гиповентиляции у 4 (44,4%) больных, очаги отсева с двух сторон – 2 (22,2%), с одной стороны – 3 (33,1%). Первичное инфицирование с гиперчувствительностью к туберкулину у 4 (44,4%) детей. При обращении с жалобами у детей (6 чел.) имело острое начало заболевания, выраженные симптомы интоксикации, физикальные изменения в легких и изменения в клиническом анализе крови (ускорение СОЭ от 10-20 мм/ч). Контакт с больным туберкулезом установлен у 5 детей (83,3%), один ребенок из дома ребенка из асоциальной семьи. Детей из сельских районов области 66,6% (4 чел.), один из города Астрахани, один ребенок из семьи мигрантов. До поступления в туберкулезный стационар получали противовоспалительное лечение 3 ребенка

(50,0%) в детском хирургическом и 3 (50,0%) в инфекционном отделениях Областной больницы. У 3 (50,0%) детей проба Манту с 2 ТЕ гиперергическая.

Выводы: Среди недостатков в выявлении осложненного течения первичных форм туберкулеза у детей мы выделили:

1. Несвоевременное рентгено-томографическое обследование в раннем периоде первичной туберкулезной инфекции – 32,2%
2. Отсутствие или формальное разобщение контакта – 19,3%.
3. Позднее направление к фтизиатру – 16,1%.
4. Нерегулярная постановка туберкулиновых проб – 16,1%
5. Нет наблюдения по контакту – 6,7%.

ГЕМОМРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В КЛИНИКЕ КРЫМСКОЙ-КОНГО ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ

М.В. Щербанева (IV курс, педиатрический факультет)
Научный руководитель – асс. Е.В. Мирекина

*Кафедра инфекционных болезней
(зав. каф. – д.м.н. проф. Х.М. Галимзянов)*

Крымская-Конго геморрагическая лихорадка (лат. febris haemorrhagica crimiana)- острое инфекционное заболевание человека, передающееся через укусы клещей, характеризующееся лихорадкой, выраженной интоксикацией и кровоизлияниями на коже и внутренних органах.

Период, соответствующий началу заболевания (1-4 день болезни), характеризуется дистрофически-некротическими изменениями в органах и тканях. Возникает парез сосудов, повышается их проницаемость, нарушается гемостаз. Гемодинамические и коагуляционные сдвиги проявляются симптомами геморрагического диатеза.

На 5 – 9 день заболевания развивается генерализованное воспаление с выраженным геморрагическим компонентом. Патологическая суть заболевания проявляется поражением сосудистой стенки, и нарушением свертывающей системы крови. Эти процессы являются звеньями в общей цепи генерализованного серозно-геморрагического воспаления, которые обуславливают выраженный геморрагический синдром.

При КГЛ развиваются различные геморрагические проявления: кровоизлияния на коже и слизистых оболочках, во внутренних органах, кровоточивость десен, кровоизлияния в места инъекций, носовые, маточные, желудочно-кишечные кровотечения, кровотечения из ушных раковин, кровохарканье при кашле

С появлением геморрагического синдрома резко ухудшается состояние больных, изменяется их внешний вид. Гиперемия лица сменяется бледностью, лицо становится одутловатым, развивается акроцианоз, появляются кровянистые корочки. Может появляться лимфаденопатия. Нередко находят увеличение печени, иногда возникает желтуха смешанного характера (как гемолитического, так и паренхиматозного).

Реконвалесценция начинается после 9-10 дней болезни и занимает длительное время, до 1-2 месяцев; регенерация происходит без развития очагов склероза. Астения может сохраняться до 1- 2 лет.

Осложнения Крым-Конго геморрагической лихорадки разнообразны: тромбофлебит, пневмонии, отек легких, тяжелые желудочно-кишечные кровотечения, острая печеночная и/или почечная недостаточность, инфекционно-токсический шок. Летальность варьирует от 4% до 15-30% и обычно наступает на второй неделе болезни

Клинический пример

Больной: К.

Год рождения: 1978 г.

Диагноз: Крымская геморрагическая лихорадка с геморрагическим синдромом с полостными кровотечениями (желудочно-кишечные, носовые) тяжелое течение. Токсическая энцефалопатия. Делириозный синдром.

Госпитализирован: 29 июля 2007 г.

Жалобы на день поступления в стационар (4 день заболевания): на выраженную общую слабость, отсутствие аппетита, головокружение, тошноту, боли в эпигастриальной области, послабление каловых масс темного цвета.

Анамнез заболевания: Заболел остро 27 июля 2007г, когда впервые повысилась температура тела до 39,0-40,0 С, появилась выраженная общая слабость, потрясающий озноб, чувства жара, болезненность во всех суставах; распространенные боли в мышцах, преимущественно в икроножных. Больной отмечает резкое снижение аппетита до анорексии. Через двое суток от начала заболевания самочувствие его ухудшилось, и присоединились тошнота, повторная рвота темного цвета, не приносящая облегчение. Возникли ноющие боли в эпигастриальной области в сочетании с жидким темным стулом до 3-х раз в сутки. Самостоятельно принимал жаропонижающие (парацетамол, анальгин, цитрамон), но без особого эффекта. 30 июля вызвала СМП и была доставлена в Енотаевскую ЦРБ, где была проведена лечение: инфузионная терапия в V 2,200 л, циклоферон 4,0 мл в/в по схеме, цефазолин, преднизолон 90 мг. И в дальнейшем с диагнозом ККГЛ доставлен в ОИКБ.

Лабораторные обследования:

Общий анализ крови на 6 день болезни от 1.07: снижение количества Эр до $2,64 \cdot 10^{12}$ /л и НЬ до 71 г/л, тромбоцитопения до $82,2 \cdot 10^9$ /л (17%).

Общий анализ мочи от 1.07: протеинурия, лейкоциты 3-7-2 в поле зрения, эритроурия >100 в поле зрения, дрожжи в большом количестве.

Моча от 1.07: по Нечипоренко лейкоциты 2000, эритроциты 1500 в 1 мл крови.

Анализ кала от 1.07 на скрытую кровь – реакция положительная +++.

Коагулограмма от 1.07.07г: ВРП - 180"; ТПГ > 15'; ПТИ 62%; фибриноген «В» + -; фибринолитическая активность 180; тромботест IV степени.

Исследование агрегационной функции тромбоцитов от 31.07.07г. Агрегационная функция тромбоцитов резко снижена. Ответная реакция на первичный раздражитель отсутствует. Скорость и степень агрегации снижены. Размеры агрегатов значительно уменьшены.

Получал лечение в стационаре: постельный режим, стол №13, противовирусную терапию, дезинтоксикационную терапию, гемостатическую терапию, гормонотерапию. Выписан на 28 день болезни в удовлетворительном состоянии.

ВЛИЯНИЕ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ НА БЕРЕМЕННОСТЬ И ПЛОД

М.В. Шубина, Л.С.Сергунова
(V курс, педиатрический факультет)
Научный руководитель – к.м.н. доц. Усманов В.Р.

*Кафедра инфекционных болезней
(зав. каф. – д.м.н. проф. Х.М. Галимзянов)*

Распространённость инфекции, вызванной вирусом простого герпеса II типа, среди беременных в России составляет от 10 до 35%.

Герпесвирусы по тератогенной значимости занимают второе место после вируса краснухи. В последние годы отмечена тенденция к увеличению инфицирования беременных вирусом простого герпеса и способностью ГИ, при определенных условиях, к эндемическому распространению.

У женщин при невынашивании беременности и с воспалительными заболеваниями придатков неизвестной этиологии герпетическая инфекция в эпителиальных клетках слизистой оболочки влагалища и канала шейки матки выявлялась в 46% случаев, у больных с угрожающим выкидышем - в 67% и самопроизвольным прерыванием беременности - в 47% случаев.

Частота неонатальной герпетической инфекции составляет 1 случай на 7500 родов. Врожденный генитальный герпес наблюдается у 1 ребенка из 30 тыс. живых, однако смертность в этой группе составляет 70%.

Возможно внутриутробное заражение плода и инфицирование новорожденного. В 95% случаев инфицирование происходит вовремя или после родов.

Внутриутробное инфицирование может происходить:

- Восходящим путём;
- Трансплацентарно;
- Трансовариально.

Инфицирование новорожденного может происходить:

- В процессе родов. При этом передача инфекции возможна даже при бессимптомном ее течении. 85%
- После родов (аэрогенно, через молоко, контактным путём). 5-10%

Передача инфекции и развитие неонатального герпеса зависят от ряда обстоятельств: уровня материнских нейтрализующих антител, перешедших к плоду трансплацентарно, или местных антител, связывающих вирус непосредственно в генитальном тракте, длительности безводного промежутка, применения при родоразрешении различных инструментов, приводящих к повреждению кожи ребенка (наложение электродов на голову и т.д.).

Влияние герпетической инфекции на течение беременности и состояние плода обусловлено двумя основными механизмами.

Во-первых, возможно инфицирование плаценты, околоплодных вод и оболочек, а также самого плода. Это может привести к повреждению плаценты, оболочек, тератогенным изменениям в тканях эмбриона и плода, к развитию локальных или генерализованных поражений, а также к латентной инфекции плода, с последующими клиническими проявлениями в постнатальном периоде.

Во-вторых, возможно влияние ГИ с развитием у беременной лихорадки, нарушений функции фетоплацентарной системы, гомеостаза, гормонального баланса. Указанные причины могут приводить к ранним и поздним выкидышам, задержке развития беременности, преждевременным родам, антенатальной гипотрофии, гипоксии, уродствам и гибели плода, развитию врожденных форм инфекции у новорожденных.

Изучение влияния герпетической инфекции на течение беременности, развитие плода и новорожденного показало, что наиболее серьезную опасность в любом триместре беременности представляют генерализованные формы ГИ у женщин и первичная инфекция во время родов.

Частота инфицирования новорожденного при наличии у беременной первичной герпетической инфекции достигает 40-50%, тогда как при рецидивирующей – 5%, при этом 70% детей с неонатальным герпесом рождаются у матерей с бессимптомным течением ГИ. Такое различие обусловлено тем, что при рецидивирующей форме инфекции интенсивность и продолжительность выделения вируса меньше, чем при первичной. Кроме того, защитное действие оказывают специфические антитела, пассивно передающиеся новорожденному от матери, страдающей рецидивирующей формой герпетической инфекции. Следует иметь в виду, что внутриутробное инфицирование плода может происходить как при первичной, так и при рецидивирующей герпетической инфекции. При массивной вирусемии создаются благоприятные условия для трансплацентарного проникновения ВПГ в плод.

Поскольку беременность сопровождается иммуносупрессией, она может быть одним из естественных предрасполагающих факторов реактивации латентной герпетической инфекции и способствовать более частому рецидивированию, диссеминации ВПГ в организме, развитию генерализованной инфекции. Основные функциональные системы оказываются в “режиме предельной загруженности” и не могут адекватно и надежно реаги-

ровать на развитие инфекции. Решающее значение в этом сложном патологическом процессе, по-видимому, принадлежит состоянию иммунологической реактивности организма беременной.

Организм новорожденного иммунодефицитен по обоим звеньям (иммунокомпетентная система сформирована, но высок иммуносупрессивный потенциал). Степень иммунодефицита зависит от срока доношенности. Особенно новорожденные чувствительны к ДНК-содержащим вирусам, вызывающим стойкие рецидивирующие инфекции (ЦМВ, герпес).

Инфицирование плода вирусом простого герпеса в I триместре беременности может привести к спонтанному аборту или формированию пороков развития: микро- и гидроцефалии, микрофтальмии, внутричерепного кальциноза, катаракты.

В поздние сроки беременности вирус простого герпеса может приводить к фетоплацентарной недостаточности, задержке развития плода, а также разрушать оболочки и вызывать хориоамниониты, которые часто являются причиной преждевременных родов или перинатальной смерти. В III триместре, во время и после родов – к врожденной и приобретённой герпетической инфекции.

Были обработаны данные 642 историй родов в КРД №2. Выявлено 24 женщины, в анамнезе которых имеются случаи герпетической инфекции различной локализации, 6 случаев обострения HerpesLabialis на разных сроках беременности и 1 случай обострения HerpesGenitalis. Случаев герпетической инфекции у новорожденных выявлено не было.

В рассмотренном нами случае обострение HerpesGenitalis имело место на 26 неделе беременности. На 27 неделе – угроза прерывания беременности. По результатам УЗИ: хроническая плацентарная недостаточность, хроническая гипоксия плода, синдром задержки развития плода I ст. На момент родов HerpesGenitalis в стадии ремиссии. Роды срочные, преждевременное излитие околоплодных вод. Вес плода 2800 г, длина тела 49 см. Состояние новорожденного по шкале АПГАР через минуту 6/10, через 5 минут 8/10.

В завершении работы можно сделать вывод, что по результатам наших наблюдений распространённость герпетической инфекции среди беременных КРД №2 составляет около 4%, а частота обострений вовремя беременности 1%, что в несколько раз меньше, чем в среднем по России. Тем не менее, необходимо помнить о важности профилактических мероприятий, направленных на предупреждение рецидивов герпетической инфекции и снижение риска инфицирования плода и новорожденного.

ТУБЕРКУЛИНОВАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ У СТУДЕНТОВ АГМА

Д.Ш. Магомедмирзаев, А.А. Кулаева
(V курс, педиатрический факультет)
Научный руководитель – к.м.н. доц. Л.Г. Тарасова

*Кафедра туберкулеза
(зав.каф. – д.м.н., проф. Е.Н.Стрельцова)*

В настоящее время эпидемиологическая ситуация по туберкулезу повсеместно остается напряженной. В 2012 г. заболеваемость туберкулезом составила 168,1 и 105,5 на 100 000 населения в Российской Федерации (РФ) и в Астраханской области (АО) соответственно. Распространенность туберкулеза в РФ — 157,7 на 100 000 населения, в АО — 256,0 на 100 000 населения. Одним из важнейших эпидемических показателей является инфицированность микобактериями туберкулеза, (МБТ) которая отражает наличие «резервуара» туберкулезной инфекции. Определяется данный показатель методом туберкулинодиагностики. Ежегодное распространение туберкулезной инфекции среди населения четко отражает показатель риска инфицирования, который характеризует эффективность лечебно-профилактических и противоэпидемических мероприятий. Эксперты ВОЗ считают, что инфицированность МБТ детей до 14 лет 1% и менее и риск инфицирования не более 0,1% свидетельствуют о ликвидации туберкулеза как распространенного заболевания. Определенные группы населения имеют повышенный риск заболевания туберкулезом. Существуют также и факторы риска, которые можно условно разделить на социальные и медико-биологические. К социальным факторам риска относятся низкий материальный уровень жизни, длительное пребывание в очагах туберкулезной инфекции, военные конфликты и стрессовые ситуации, плохая экологическая обстановка. Этим факторам наиболее подвержены мигранты, беженцы, бездомные, безработные и другие бедные и социально неустроенные люди. Особую группу составляют заключенные, находящиеся в тяжелых условиях. Среди медико-биологических факторов повышенного риска заболевания туберкулезом серьезное значение имеют ВИЧ-инфекция, алкоголизм и наркомания, сахарный диабет, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, пневмокониозы, психические заболевания, беременность, роды и послеродовой период, продолжительная гормональная и цитостатическая терапия, гемодиализ, перенесенная гастрэктомия, остаточные изменения в легких и лимфатических узлах после клинически излеченного туберкулеза. К этим факторам относят также впервые отмеченные положительную и гиперергическую реакции на туберкулин. Из впервые заболевших туберкулезом

до 90 % составляют лица из указанных групп повышенного риска [1,2,3]. Студенты медицинских ВУЗов также входят в группу риска по заболеванию туберкулезом.

Цель исследования: определить риск заболевания туберкулезом у студентов Астраханской государственной медицинской академии по данным туберкулинодиагностики.

Материалы и методы: Обследовано 724 студента лечебного и педиатрического факультетов, проходивших обучение на кафедре туберкулеза АГМА в 2010-2011 гг. Проводились проба Манту 2ТЕ ППД-Л и "Диаскинтест".

Результаты исследования: Проба Манту 2ТЕ была поставлена 585 (80%) студентам. Отрицательный результат имел место у 36 (4,9%), нормергическая реакция наблюдалась у 480 (66,2%), гиперергическая - у 69 (9,5%) студентов. "Диаскинтест" был поставлен 490 (67,6%) студентам, из них отрицательным он оказался у 320 (66,6%), нормергическим - у 131 (27,2%), гиперергическим - у 39 (6,2%) студентов.

Всем лицам, нуждавшимся в дообследовании по данным пробы Манту 2 ТЕ (гиперергическая проба) и "Диаскинтеста" (положительная и гиперергическая проба) проведена флюорография, патологии не выявлено. Превентивная терапия назначена 32 (5,4%) студентам. По окончании курса профилактики у всех отмечалось снижение туберкулиновой чувствительности - проба Манту 2ТЕ стала отрицательная у 28 (87,5%), нормергическая - у 4 (12,5%); "Диаскинтест" - отрицательный у 30 (94%), нормергический - у 2 (6%) студентов.

Выводы: показатель инфицированности среди студентов V-VI курсов лечебного и педиатрического факультетов АГМА составляет 93,8%, но по данным "Диаскинтеста" риск заболевания туберкулезом имеет место только у 43,4%. Таким образом, проба Манту 2ТЕ и "Диаскинтест" дополняют друг друга, позволяя судить о необходимости проведения химиопрофилактики для предотвращения заболевания. Проведение превентивной терапии является эффективным методом профилактики туберкулеза.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЛЯМБЛИОЗА У ДЕТЕЙ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

М.М. Гаджиева, К.В. Шакушева
(IV курс, педиатрический факультет)
Научный руководитель: д.м.н., проф. Г.А. Харченко

*Кафедра детских инфекций
(зав. каф. – д.м.н., проф. Г.А. Харченко)*

Актуальность лямблиоза у детей обусловлена тем, что клинические проявления заболевания часто маскируются различными вариантами гастроэнтерологической патологии и аллергическими заболеваниями. В этом случае отсутствие постановки правильного диагноза не позволяет своевременно начать проводить адекватную терапию.

Цель работы: Анализ заболеваемости лямблиоза в Астраханской области, с целью выяснения наиболее неблагополучных районов по заболеваемости лямблиозом.

В 2011г. на территории Астраханской области зарегистрировано 398 случаев лямблиоза, в т.ч. у детей – 269 сл. (67,6%).

Заболевание регистрировалось как в городской – 188 сл. (47,2%), так и в сельской – 210 сл. (52,8%) местностях Астраханской области. Эпидемиологически неблагополучными районами Астраханской области являлись: Ахтубинский район: г. Знаменск – 50 сл. (12,6%), г. Ахтубинск – 47 сл. (11,8%), Наримановский и Камызякский – по 37 сл. (по 9,3%), Володарский – 25 сл. (6,3%), Красноярский – 6 сл. (1,5%) и Харабалинский районы – 5 сл. (1,3%). В Лиманском, Приволжском и Енотаевском районах – лямблиоз регистрировался по 1 сл. (по 0,3%). В Икрянинском и Черноярском районах Астраханской области заболевание не регистрировалось.

По возрастам паразитоз распределялся следующим образом: до 1 года – 7 сл. (2,6%), 2 года – 19 сл. (7,1%), 3 года – 24 сл. (8,9%), 5 лет – 25 сл. (9,3%), 6 лет – 34 сл. (12,6%), 7 лет – 15 сл. (5,6%), 8 лет – 14 сл. (5,2%), 9 лет – 27 сл. (10%), 10 лет – 36 сл. (13,4%), 11 лет – 18 сл. (6,7%), 12 лет – 3 сл. (1,1%), 13 лет – 15 сл. (5,6%) и 16 лет – 32 сл. (11,9%).

Так же мы проанализировали клиническое течение 37 больных, у которых диагноз во всех случаях был установлен на основании анамнеза и обнаружения цист лямблий в кале. Из них типичные формы лямблиоза отмечались – у 29 (78,4%) больных, атипичные – у 8 (21,6%). С кишечной формой заболевания было зарегистрировано – 13 чл. (35,2%) с билиарно-панкреатической формой – 8 чл. (21,6%), с астено-невротической формой – 5 чл. (13,5%), со смешанной формой – 3 чл. (8,1%), с бессимптомной – 6 чл. (16,2%) и с токсико-аллергической – 2 чл. (5,4%).

Выводы: Наиболее неблагополучными районами являются Ахтубинский, Наримановский и Камызякский, что связано с неблагоприятными социальными факторами. Наиболее часто лямблиозом болеют дети дошкольного и младшего школьного возраста. У детей дошкольного возраста такая большая частота связана с

тем, что для них характерно заражение преимущественно контактно-бытовым путем через руки детей, персонала, игрушки и т.д., а у детей младшего школьного возраста это связано с несоблюдением санитарно-гигиенических требований. Наиболее часто встречается лямблиоз с типичной формой.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ

СТРЕСС – МОДУЛИРУЮЩИЙ ОТВЕТ ОРГАНИЗМА У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИМ И ОПЕРАЦИОННЫМ РИСКОМ

Д.Э. Григорьянц (VI курс, педиатрический факультет)
Научный руководитель – д.м.н., проф. И.З. Китиашвили

*Кафедра анестезиологии и реаниматологии с курсом общего ухода с больными
(зав. - д.м.н., проф. И.З. Китиашвили)*

Проблема обезболивания пациенток с высоким анестезиологическим риском при гистерэктомиях актуальна и практически значима ввиду невозможности стандартного подхода.

Целью нашего исследования является сравнительная оценка и выбор оптимальных компонентов и методов анестезии, позволяющих предотвратить стрессовые нейроэндокринные реакции, нарушения гомеостаза и иммунитета при гистерэктомии.

Материалы и методы. В данное исследование включено 140 пациенток с фибромиомами матки, которым выполнялась надвлагалищная ампутация матки или экстирпация матки с придатками из нижнесрединного лапаротомного доступа.

В зависимости от вида проводимой анестезии все пациентки были разделены на три группы: I группа (n - 35) – эндотрахеальный наркоз закисно-кислородной смесью с препаратами для нейролептанальгезии (НЛА); II группа (n - 51) – спинно-мозговая анестезия (СА) с использованием 0,5% бупивакаина (маркаина-спинал) с самостоятельным дыханием больных; III группа (n-54) – эпидуральная анестезия (ЭА) с применением 0,75% ропивакаина (наропин) с самостоятельным дыханием больных.

Оценка степени операционно-анестезиологического риска, включающая оценку физического состояния по ASA и анестезиологического риска по AAA, у пациенток всех клинических групп не выявила достоверно значимых различий, а так же и в продолжительности оперативного вмешательства и проводимой анестезии.

Адекватность анестезии во время операции оценивали при помощи общепринятых клинических тестов. С целью оценки модуляции хирургического стресс-ответа индуцированного операционной травмой, налаживался неинвазивный непрерывный гемодинамический мониторинг с определением кислотно-щелочного состояния (pH, pO₂, pCO₂, BE_e) на следующих этапах: I - после премедикации, II - в травматичный этап операции, III - в конце операции. Общепринятым стандартным маркером выраженности операционного стресса является уровень концентрации кортизола и глюкозы сыворотки крови, которую определяли на тех же этапах операции и анестезии. Динамику концентрации фактора некроза опухолей (ФНО, TNF), интерлейкинов 2 (IL-2) и 6 (IL-6) в сыворотке крови производили до, после операции и через сутки после оперативного вмешательства.

Результаты.

Нейроаксиальные методы анестезии (СА и ЭА) с применением 0,5% раствора бупивакаина и 0,75% раствора ропивакаина обеспечивают более стабильное клиническое течение и нейровегетативную защиту организма больных при гистерэктомии в сравнении с эндотрахеальной общей анестезией (НЛА). ЭА ропивакаином превосходит по качеству анестезиологической защиты и меньшей выраженности побочных эффектов СА бупивакаином и общую анестезию (НЛА).

Реакция эндокринной системы в ответ на хирургическую травму при гистерэктомии наиболее выражена в условиях НЛА: к концу операции уровень стресс-гормона кортизола повышается на 91% по сравнению с исходным. Повышение этого показателя при использовании спинальной анестезии составляет 43%, при эпидуральной – 26%, с сохранением его в пределах верхней границы нормы.

После гистерэктомии, выполненной в условиях НЛА, отмечается тенденция к иммуносупрессии: снижение показателей гуморального (иммуноглобулины IgA – на 15,6%, IgM – на 8,6%, ИФИ – на 15,3%) и клеточного (CD8+ - на 13,6%, CD4+ - на 6,2%) иммунитета. Эти показатели более стабильны при операциях с нейроаксиальной – спинальной и, особенно, эпидуральной анестезией.

У оперируемых в условиях НЛА в ранний послеоперационный период происходит значительное увеличение по сравнению с исходной концентрацией в крови провоспалительных цитокинов IL-6 на 57% и TNFα на 27%, при увеличении лейкоцитоза на 26%, в отличие от СА и ЭА, где эти показатели имеют тенденцию к снижению (IL-6 после СА на 46%, TNFα соответственно на 48% и 23%).

Послеоперационные хирургические и нехирургические осложнения чаще развиваются у перенесших гистерэктомию в условиях НЛА (20%), чем СА (11,7%) и ЭА (1,8%), что согласуется с лучшими показателями иммунного и цитокинового статуса у больных после операций с использованием регионарных блокад.

Подводя итоги результатов клинико-лабораторных исследований у обследованных больных в зависимости от используемого вида анестезии, мы отметили, что нейроаксиальные методы анестезии являются более щадящими и обеспечивающими надежную анестезиологическую защиту.

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ЭМПИРИЧЕСКОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ РЕАНИМАЦИИ

С.С. Искендерова (V курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель – д.м.н., проф. И.З. Китиашвили

*Кафедра анестезиологии и реаниматологии с курсом общего ухода с больными
(зав. - д.м.н., проф. И.З. Китиашвили)*

С каждым годом проблема резистентности бактериальных возбудителей инфекций различной локализации становится все более значимой для врачей отделений реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), которым ежедневно приходится сталкиваться с проблемой лечения инфекций, прежде всего, нозокомиальных, когда своевременная диагностика и адекватная эмпирическая антибактериальная терапия играют важнейшую роль для спасения крайне тяжелых пациентов.

Учитывая ключевую роль полимикробных ассоциаций в этиологии бронхолегочных инфекций, большие надежды в их лечении возлагаются на фторхинолоны последнего поколения - моксифлоксацин (Авелокс). Он обладает повышенной активностью против пневмококков, стрептококков и стафилококков, сопоставим с ципрофлоксацином по активности против Enterobacteriaceae, моксифлоксацин характеризуется также высокой антианаэробной активностью.

Авелокс характеризуется хорошими фармакокинетическими показателями, например, его биодоступность при приеме внутрь близка к 100%, данный препарат создает высокие концентрации в различных тканях и средах организма, имеет клинически значимый постантибиотический эффект в отношении грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов. Удобный режим введения — 1 раз в сутки и наличие энтеральной и парентеральной лекарственных форм делает указанный препарат «идеальным» для ступенчатой тактики лечения. Все сказанное может определить широкие перспективы фторхинолонов последнего поколения, их клинического использования в рамках монотерапии различных инфекций.

Моксифлоксацин обладает широким антибактериальным спектром, включающим большинство клинически значимых возбудителей интраабдоминальных инфекций. Среди грамположительных бактерий к нему высокочувствительны стрептококки, пневмококки, стафилококки, причем моксифлоксацин превосходит другие фторхинолоны по активности в отношении пенициллинорезистентных штаммов пневмококков и метилинорезистентных штаммов.

Материалы и методы

В ОРИТ НУЗ МСЧ было проведено слепое рандомизированное исследование пациентов с диагнозом «Острая внебольничная пневмония. Дыхательная недостаточность I степени». Все пациенты были разделены на 2 группы. Пациенты первой группы получали антибактериальные препараты в эмпирической форме: цефтреаксон в дозе 1г/2 раза в день, амикацин 0,5мг/3 раза в день, метронидазол 500мг/сут. в/в струйно. Пациентам второй группы эмпирическая схема представлена в виде монотерапии с использованием Авелокса в дозе 400мг/сут. в/в струйно.

На фоне антибактериальной терапии проводилась симптоматическая и дезинтоксикационная терапия, лабораторный и микробиологический мониторинг.

Результаты и обсуждения

Анализируя клиническую эффективность, был выбран процент выздоровления больных. В группе получавших монотерапию в виде Авелокса, выздоровление достигнуто у 42 пациентов из 50 (84%), а в группе стандартной антибактериальной терапии у 35 из 70 (50%) пациентов.

В практической деятельности отделения анестезиологии-реанимации и интенсивной терапии НУЗ МСЧ (г.Астрахань) Авелокс первоначально рассматривалась как средства лечения тяжелой пневмонии и других заболеваний дыхательного тракта. Однако особенности фармакодинамики и фармакокинетики моксифлоксацина позволили рассчитывать на его эффективность и при других инфекционных заболеваниях смешанной природы:

— широкий антибактериальный спектр против грамположительных и грамотрицательных аэробных и анаэробных бактерий;

— простой и удобный режим дозирования — один раз в сутки;

- возможность выбора между внутривенным или пероральным приемом в одной и той же дозе, и (при необходимости и/или возможности) проведение «ступенчатой» терапии;
- высокий профиль безопасности и переносимости.

Выводы

Клинически и лабораторно доказано преимущество монотерапии Авелокса перед традиционной эмпирической антибактериальной терапией.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ КОРРЕКЦИИ ВТОРИЧНОГО ИММУНОДЕФИЦИТА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕСТРУКТИВНЫМИ ФОРМАМИ ПАНКРЕАТИТА

О.В. Башмакова (VI курс, лечебный факультет)
Научный руководитель – д.м.н., проф. И.З. Китиашвили

*Кафедра анестезиологии и реаниматологии с курсом общего ухода с больными
(зав. - д.м.н., проф. И.З. Китиашвили)*

Одним из важных лечебных направлений является коррекция иммунодефицитных состояний, закономерно сопровождающих осложненные формы панкреатита иотягощающих ее течение[1]. Несмотря на появление целого ряда высокоэффективных фармакологических средств, проблема хирургической панкреатологии сохраняет свою актуальность, так как количество осложненных форм панкреатита не имеет тенденции к снижению[2]. В связи с этим, разработка схем иммунокоррекции у оперированных больных с осложненным течением панкреатита представляется актуальной задачей, поскольку широкое внедрение иммуномодуляторов и гладкое течение послеоперационного периода является чрезвычайно важным[3].

Обследовано 38 пациентов с осложненными формами острого панкреатита. На основании исходного иммунного фона, сопутствующей патологии и варианта интенсивной терапии больные условно разделены на 2 группы. I группа - 20 больных, которым применялись традиционные варианты интенсивной терапии, а 18 - больным из II группы – к комплексной терапии был применен имунофан. Его назначали больным по 1 мл 1 раз в сутки, курсом 10 инъекций внутримышечно.

В результатах иммунограммы у пациентов обеих групп отмечались снижение абсолютных чисел лимфоцитов периферической крови (1623 ± 131), умеренное снижение относительных чисел Т-лимфоцитов ($42,9 \pm 2,69$), В-лимфоцитов ($17,1 \pm 1,8$), умеренное повышение уровня IgM ($1,31 \pm 0,12$), снижение уровня IgA ($2,14 \pm 0,18$ г%) и IgG ($9,61 \pm 0,57$ г%), снижение соотношение клеток CD8⁺/CD4⁺ до $0,34 \pm 0,02$ как за счет увеличения цитотоксических клеток (CD8⁺), так и за счет уменьшения Т-хелперов, снижение интегрального фагоцитарного индекса (ИФИ). При исследовании исходного фона концентрации цитокинов были выявлены достоверно повышенные концентрации провоспалительных цитокинов (IL-2, IL-6) и фактора некроза опухоли TNF- α .

У пациентов получавших имунофан, через 3 суток отмечалось стимулирующее действие медиаторов иммунитета - CD3⁺, CD4⁺, CD8⁺, CD4⁺/CD8⁺, ИФИ, IgA, IgM, IgG, выявлено достоверное снижение концентрации цитокинов (IL-2, IL-6) и фактора некроза опухоли (TNF- α). Проведенное исследование показало, что применение имунофана, сопровождается снижением концентрации цитокинов в сыворотке крови, особенно, в случаях исходно повышенного их уровня. Динамика основных показателей иммунной системы подтверждалась улучшением клинической картины заболевания и гладким течением раннего послеоперационного периода.

Сравнительная характеристика пациентов с осложненными формами острого панкреатита показала, что применение имунофана в комплексе патогенетической и симптоматической терапии обеспечивает эффективную коррекцию нарушений иммунной системы, эндотоксикоза, снижает летальность и сокращает сроки пребывания больных в отделениях реанимации.

В этой связи особое значение приобретает возможность использования лекарственных средств, обладающих свойствами терапевтических иммунокорректоров и направленных на восстановление глубоких дефектов в состоянии иммунного гомеостаза.

ХИРУРГИЧЕСКИЙ СТРЕСС ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РАЗЛИЧНЫХ КОМПОНЕНТОВ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ

В.Ю. Киреев (VI курс, лечебный факультет),
Д.И. Китиашвили (I курс, лечебный факультет)
Научный руководитель - д.м.н. проф. И.З. Китиашвили

*Кафедра анестезиологии и реаниматологии с курсом общего ухода за больными
(зав. д.м.н. проф. И.З. Китиашвили)*

Целью нашего исследования являлось определение уровня стрессовых факторов, изменение параметров метаболического компонента крови под влиянием различных вариантов общего обезболивания.

Материалы и методы. Исследования произведены в условиях рандомизации у 60 больных с одинаковой хирургической патологией. Все пациенты находились в хирургическом отделении НУЗ МСЧ с диагнозом хронический калькулезный холецистит в фазе ремиссии, и в плановом порядке им выполнялась эндохолецистэктомия.

Возраст больных составил 38-57 лет. Длительность оперативных вмешательств колебалась от 40 мин до 1 ч 10 минут (в среднем 55 ± 20).

В зависимости от варианта обезболивания больные условно были разделены на 2 группы: I группа – $N_2O:O_2$ + фентанил+дроперидол (НЛА) (n=32), II группа – $Хе:O_2$ (n=28).

Состояние всех больных в предоперационном периоде было удовлетворительным. Операционно-анестезиологический риск определен как I-II степень по МНОАР.

Для оценки качества анестезиологической защиты использовались различные клинко-функциональные параметры состояния организма. Функциональное состояние больных оценивали с помощью общепринятых клинических, лабораторных, биохимических и инструментальных методов исследования.

Кортизол-основной гормон коры надпочечников, который синтезируется в коре надпочечников и освобождается под действием АКТГ, при активации гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы [1,2].

У всех пациентов определяли газы крови и метаболический компонент кислотно-основного состояния (КОС), используя микроанализаторы ("i-Stat", Abbott Point-of-care). Забор капиллярной крови для определения КЩС и газового состава осуществляли на следующих этапах: 1. исходное состояние; 2. на высоте операционной травмы; 3. через 10-15 минут после окончания операции. Об уровне антистрессовой защиты пациента во время анестезии судили по динамике основных показателей реакции эндокринной системы - кортизола и глюкозы плазмы.

Обсуждение результатов.

Эндокринные и метаболические показатели являются традиционными при оценке антистрессовой защиты пациента во время анестезии и операции.

Динамика метаболического компонента КЩС во время операций в исследуемых группах характеризуется постепенным увеличением дефицита оснований к концу операции, которое не является статистически достоверным и не превышает или немного превышает границу нормы (от 2,5 до 3,9 для разных групп) при сохранении нормальных значений pH. Таким образом, можно говорить о тенденции к компенсированному метаболическому ацидозу, которая была более выражена у больных I-ой и наименее выражена у больных II-й группы. Это косвенно указывает на адекватность сбалансированной анестезии на основе ксенона. Необходимости в коррекциях ацидоза не возникало ни у одного пациента.

Анализ результатов показал отсутствие достоверных изменений показателей КЩС в конце операции по сравнению с исходными данными, все величины находились в пределах физиологической нормы. В обеих группах в конце операции также отсутствовала гипероксия, что является важным лабораторным показателем в методике проведения общей анестезии закрытым контуром.

Исходный уровень глюкозы у всех пациентов был в пределах нормы, составляя в среднем 4,7 ммоль/л.

Уровень глюкозы у больных всех групп во время и в конце операции практически не отличался от исходного, т.е. не было отмечено стрессовой гипергликемии. Ни у одного больного, ни на одном этапе исследования гипогликемии отмечено не было, как и чрезмерной гипергликемии, свидетельствовавшей о недостаточном уровне анестезии.

Исходные значения концентрации кортизола у больных I-й группы находились в пределах физиологической нормы, составляя в среднем 298 нмоль/л (норма 230-750 нмоль/л). Во время операции и к концу нее не происходило существенных изменений этого показателя: на высоте операции он составил 389 нмоль/л, а в конце 345,2 нмоль/л, т.е. на 15% выше исходного. Эти незначительные изменения не являются статистически достоверными, а сам средний уровень кортизола на фоне действия операционной травмы продолжал оставаться вдвое ниже верхней границы нормы.

У 16 пациентов II-ой группы во время операции происходила статистически достоверная активация глюкокортикоидной функции надпочечников с повышением концентрации кортизола примерно вдвое по сравнению с исходной (в среднем до 538,2 нмоль/л) и последующим снижением, до 365 нмоль/л, к концу

операции. Степень этой активации может быть расценена как весьма умеренная, поскольку уровень гормона не только не превышал, но и во всех случаях был ниже верхнего предела нормы.

Проведенный анализ показывает, что используемые нами методы общей анестезии являются достаточно щадящими для организма.

Реакция на операционную травму проявляется у больных I группы на отдельные травматичные моменты увеличением ЧСС и АД с их быстрой последующей нормализацией. Это не сопровождается метаболическими и эндокринными стрессовыми реакциями по данным динамики гормона стресса - кортизола и глюкозы плазмы. Вместе с тем, сохранение гемодинамического ответа на травму указывает на недостаточную защиту организма от травмы.

Оценивая клиническую картину анестезии в I и II группах, можно отметить следующее. Во II группе наблюдались более стабильные показатели периферической гемодинамики – АД и ЧСС, в связи с чем для потенцирования наркоза потребовалось меньшее использование фентанила, по сравнению с I группой ($p < 0,05$). Так, в I группе потребность в фентаниле составила в среднем $5,4 \pm 0,1^*$ мг/кг, а в II группе соответственно $1,6 \pm 0,02$ мг/кг.

Таким образом, более стабильные параметры периферической гемодинамики, показатели эндокринной системы при общей анестезии ксеноном являются наглядным подтверждением достаточного защитно-приспособительного уровня нейрогуморального ответа. Основные показатели гуморального гомеостаза не выходили за границы физиологических норм, что свидетельствует об отсутствии метаболических расстройств.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ РЕАНИМАЦИОННО-АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Д.В. Рубан, Я.С. Кузин (VI курс, лечебный факультет)
Научный руководитель – д.м.н., проф. И.З.Китиашвили

*Кафедра анестезиологии и реанимации с курсом ОУВ
(зав. д.м.н., проф. И.З. Китиашвили)*

Основой профилактики дефектов в организации обеспечения безопасности пациентов являются инновационные технологии управления качеством медицинской помощи, основанные на процессном анализе, менеджменте персонала и стратегическом планировании в совершенствовании анестезиологической службы.

Современной парадигмой при внедрении инновационных методов управления принято считать проектирование лечебно-диагностического процесса методом клинических путей и структурного анализа, его последующее измерение и сетевое согласование потоков работ. Естественным методом для снижения риска возникновения психогенной ятрогении у пациентов, является использование систем открытого и обстоятельного информирования больного и его родственников о характере заболевания, преимуществах и недостатках альтернативных методов лечения. Приоритетным направлением комплексной системы обеспечения безопасности пациентов в многопрофильном стационаре следует считать повышение их образовательного уровня по поводу своего заболевания и профилактики его в стационаре и после выписки на уровне амбулаторно-поликлинического звена. Использование контрольного перечня мер по обеспечению безопасности, выбрано в качестве одного из базисных направлений деятельности глобальной задачи ВОЗ в области безопасности пациентов.

В нашем опросе приняло участие 127 пациентов после различных оперативных вмешательств. Нами выявлено, что все пациенты были информированы о характере своего заболевания, уведомлены о способах оказанной им помощи, возможных осложнениях и рисках оперативного вмешательства и анестезиологического пособия, преимуществах и недостатках альтернативных методов лечения. Таким можно утверждать, что все меры, позволяющие повысить уровень безопасности пациентов, были соблюдены, а также снижены риски возникновения психогенной послеоперационной ятрогении. Несмотря на постоянное снижение анестезиологической смертности, по-прежнему необходимо увеличивать безопасность пациентов во время анестезии. Принятие Европейским Советом по Анестезиологии (European Board of Anaesthesiology) и Европейским Обществом Анестезиологов (European Society of Anaesthesiology) Хельсинской Декларации безопасности Пациента в Анестезиологии – также является одним из шагов в нужном направлении [1]. Эта декларация обязует все медицинские центры, в которых оказывается анестезиологическая помощь, принять предписанные меры для улучшения безопасности пациента во время анестезии.

Однако, вопросы эффективности интенсивной терапии, контроля объема и качества помощи требуют особого подхода с учетом особенностей национальной системы здравоохранения [2]. Приказ Минздрава РФ «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю анестезиология и реаниматология» от 15 ноября 2012 г. в соответствии со статьей 37 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» регламентирует данный порядок и признает утратившим силу ранее действующий приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ №315н от 13 апреля 2011г., в связи единовременным

утверждением Федеральным Собранием РФ новых единых стандартов и порядков оказания медицинской помощи во всех подразделениях медицинской деятельности.

АНАЛИЗ МОНИТОРИНГА ГЛУБИНЫ НАРКОЗА МЕТОДАМИ ВЫЗВАННЫХ СЛУХОВЫХ ПОТЕНЦИАЛОВ И БИСПЕКТРАЛЬНОГО ИНДЕКСА

Я.С. Кузин, Д.В. Рубан (VI курс, лечебный факультет)
Научный руководитель – д.м.н., проф. И.З. Китиашвили

*Кафедра анестезиологии и реаниматологии с курсом общего ухода за больными
(зав. каф. д.м.н. проф. И.З. Китиашвили)*

Сохранение и укрепление здоровья граждан относится к числу основных государственных приоритетов. Особое значение приобретает безопасность пациента во время анестезии. С целью выявления опасных отклонений функций и процессов в организме, применяют мониторинг пациента. Контролируется электрокардиография, пульсоксиметрия, капнография, глубина нейромышечного блока, газовый состав вдыхаемой смеси, работа аппаратов ИВЛ. Сохранение сознания во время анестезии может быть не идентифицировано при наблюдении только за гемодинамическими показателями и может привести к интраоперационному пробуждению пациента, что приводит к многочисленным судебным разбирательствам. Продолжение в подобных обстоятельствах хирургического вмешательства может лечь в основу тяжелой психологической травмы. В то же время, послеоперационный опрос пациента может не выявить признаков неадекватности анестезии. Если анестезиолог проведет излишне глубокую седацию, то ранний послеоперационный период будет протекать намного сложнее, так как больному понадобится дополнительное время для экстубации, нахождение в палате пробуждения, в конечном счете, удлинению числа проведенных койко-дней в стационаре что также невыгодно с экономической точки зрения для лечебно-профилактического учреждения [1].

Для адекватного контроля глубины анестезии, используется значение биспектрального индекса (BIS). Этот параметр обеспечивает прямое измерение эффекта общей анестезии и седации головного мозга, вычисляемый на основе непрерывно регистрируемой ЭЭГ. Прибор генерирует значение BIS-индекса от 0 до 100. Значение 100 соответствует бодрствованию, значение 0 - отсутствию мозговой активности [2]. При общей анестезии в зависимости от вида оперативного вмешательства, значение BIS должно находиться в интервале от 40 до 50; для седации рекомендуется уровень от 60 до 85. Преимущества BIS-мониторирования: не использует внешней звуковой стимуляции и оценивается по показателям ЭЭГ. Это обеспечивает возможность подбирать оптимальную дозу анестетиков, учитывая индивидуальные особенности больного, что исключает преждевременное пробуждение пациента во время операции и позволяет снизить расход анестетиков (изофлюрана - на 15-19%, севофлюрана - на 23-37%) [3].

Однако в современных условиях с появлением новых анестетиков BIS мониторинг отошел на второй план, так как по нему невозможно выявить уровень седации. На базе НУЗ «МСЧ» г. Астрахани за 2012 год, нами было проведено исследование 273 пациентов, у которых был выполнен общий наркоз диприваном. Им были выполнены различные по длительности и объему оперативные вмешательства по поводу холециститов, острой кишечной непроходимости опухолевого генеза ректосигмоидного отдела, диафрагмальные грыжи, экстирпация матки с придатками. Измерением глубины седации проводилось монитором аер Aline. В ходе операции монитор анализирует изменения амплитуды и латентности вызванных слуховых потенциалов у пациента. Он рассчитывает диапазон индекса АЕР, соответствующий безопасной глубине наркоза [4,5]. Нами выяснено, что данный метод позволяет достоверно снизить расход пропофола на 13-23%. Диприван считается наиболее широко применяемым анестетиком на базе НУЗ «МСЧ» так как на его фоне создается более комфортная седация для безопасной анестезии с учетом глубины наркоза.

Таким образом, применение инновационных анестетиков вызвало применение нового метода вызванных звуковых потенциалов для контроля за глубиной анестезии. Процесс пробуждения и экстубации больного ускоряется на 35-50%, уменьшается на 16% продолжительность пребывания пациента в палате пробуждения, следовательно, сокращением нахождения его в ОРИТ, более ранний перевод в обычное отделение и соответственно, более ранняя выписка из стационара. Поэтому данный метод контроля глубины анестезии в сочетании с современными анестетиками является наиболее эффективным как с точки зрения безопасности пациента, так и для экономической выгоды.

СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО

ФЛОРЕНС НАЙНТИНГЕЙЛ – ОСНОВОПОЛОЖНИЦА СЕСТРИНСКОЙ ПРОФЕССИИ

Т.Н.Копленко, А.Х.Бадаева, А.Н.Перетяцько
(I курс леч. дело, факультет СМО)
Научный руководитель – к.м.н., доц. В.В.Гуськов

*Кафедра перинатологии с курсом сестринского дела
(зав.- д.м.н., профессор Л.А.Бахмутова)*

Флоренс Найнтингейл – выдающаяся сестра милосердия (Англия), родилась в 1820 г. В семнадцатилетнем возрасте, посетив институт диаконисс (Германия), вернулась в Англию с твердым намерением стать сестрой милосердия. В 1853 г. становится управляющей частной больницей в Лондоне. В период Крымской войны Ф.Найнтингейл с 38 помощницами (монахини и сестры милосердия) отправляется в госпитали (Турция, Крым). Проводя в жизнь принципы санитарии и ухода, добилась за 6 месяцев снижения смертности раненых с 42 до 2,2%. Крымская война сделала Ф.Найнтингейл национальной героиней. Солдаты рассказывали о ней легенды, называя ее «леди со светильником», потому что по ночам с лампой в руках она всегда, как добрый светлый ангел, сама обходила палаты с больными. В 1856 г. Ф.Найнтингейл поручено реорганизовать армейскую медицинскую службу Англии. Была организована военно-медицинская школа, в армии велась разъяснительная работа о важности профилактики болезней. Она добилась того, чтобы больницы были оснащены системами вентиляции и канализации, персонал больницы в обязательном порядке проходил медицинскую подготовку. Она написала ряд книг – «Как надо ухаживать за больными», «Записки об уходе» и др.; организовала первую в мире школу сестер милосердия при больнице святого Фомы в Лондоне и сама в ней преподавала. Вскоре выпускницы этой школы начали создавать аналогичные учреждения при других больницах. В Нью-Йорке была открыта школа сестер «Дом Найнтингейл». Умерла Ф.Найнтингейл в Лондоне в 1910 году. День рождения Ф.Найнтингейл объявлен всемирным днем медицинских сестер, а 50 самых выдающихся из них Международный комитет Красного креста награждает, учрежденной в 1912 году медалью им. Ф.Найнтингейл.

ФЛОРЕНС НАЙНТИНГЕЙЛ – ОСНОВОПОЛОЖНИЦА НАУКИ ОБ УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТОМ

А.Х.Бадаева, Т.Н.Копленко, А.С.Панина
(I курс леч. дело, факультет СМО)
Научный руководитель – к.м.н., доц. В.В.Гуськов

*Кафедра перинатологии с курсом сестринского дела
(зав.- д.м.н., профессор Л.А.Бахмутова)*

Гиппургия – наука об уходе за пациентом. В современном понимании уход за больными – это совокупность мероприятий, обеспечивающих всестороннее обслуживание больного, выполнение врачебных назначений, создание оптимальных условий и обстановки, способствующих благоприятному течению болезней, быстрейшему выздоровлению больного, облегчение его страданий и предотвращение осложнений. Первые научные исследования в науке об уходе за больными, принадлежат Ф. Найнтингейл. В «Записках об уходе» (1859), придавая особе значение чистоте, свежести воздуха, тишине, правильному питанию, она характеризовала сестринское дело как «действие по использованию окружающей пациента среды в целях содействия его выздоровлению». Важнейшая задача сестры - «создание для пациента таких условий, при которых сама природа оказывала бы свое целительное действие». Ф.Найнтингейл называла сестринское дело искусством, однако была убеждена в том, что это искусство «требует организации практической и научной подготовки». Она впервые применила научные методы в решении проблем сестринского дела. Особое внимание она уделяла формированию «специальных сестринских знаний», утверждая, что «по сути своей сестринское дело, как профессия, отличается от врачебной деятельности и требует специальных, отличных от врачебных, знаний». Особое внимание она уделяла формированию знаний, умений, ценностей, уважения к личности пациента, его чести, достоинству и свободе, проявления внимания, любви и заботы, сохранения конфиденциальности, соблюдения профессионального долга. Девизом первого почетного международного сестринского общества стали слова: любовь, мужество, честь.

СОВРЕМЕННЫЕ ДЕЗИНФЕКТАНТЫ В РАБОТЕ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

А.Н. Перетягко, А.С.Панина
(I курс леч. дело факультет СМО)
Научный руководитель – к.м.н., доц. В.В.Гуськов

*Кафедра перинатологии с курсом сестринского дела
(зав.- д.м.н., профессор Л.А.Бахмутова)*

«Порядок больше всего помогает
ясному усвоению» М.Т. Цицерон.

Группе студентов 1 курса дано задание - при прохождении производственной практики изучить физико-химические свойства наиболее применяемых дезинфектантов, встретившихся в лечебных заведениях г.Астрахани, республики Калмыкия, в Дагестане, в Ставропольском и Краснодарском краях. При анализе полученных данных, оказалось, что

современная промышленность выпускает более 400 наименований дезинфектантов. Отмечается многообразие их классификаций: по физико-химическим свойствам, по механизму действия (антибактериальные, моющие), по способу применения (аэрозольные, контактные), по показаниям к применению, по опасности (персонал, больные, экология).

Однако, применительно к медицинским потребностям, наиболее часто применяется классификация, согласно которой дезинфектанты подразделяют на 7 групп:

- галогеносодержащие- действующие вещества хлор, бром, йод (Хлорамин Б, Хлорэфект, Гипохлорид натрия, Де-хлор, Сульфохлорантин, Пресепт, Хлоргексидин глюконат и др.);

- кислородсодержащая группа- действующее вещество-кислород(Перекись водорода, Оксидезин, Пероксидмед, Окадез, Клиндезин Окси, Виркон и др.);

- средства на основе катионных поверхностноактивных веществ- часто совмещают дезинфекцию и предстерилизационную обработку (АХД 2000 специаль, Аламинол и Аламинол плюс, Бриллиант, Велтолен, Никадез, Премьер, Септодор форте, Вегосепт и др.);

- гуанидосодержащие средства- (Лизоформин специаль, Лизетол АФ, Пливасепт 5%, Фогуцид - на обработанной поверхности образует защитную пленку;

- альдегидсодержащие средства - глутаровый или янтарный альдегид (Гигасепт ФФ, Сайдекс, Лизоформин 3000, Секусепт Форте и др.);

- спирты, на основе этанола, пропанола, изопропанола (Бациллол плюс, Деконекс, Соларсепт) - дезинфекция оборудования, 70 % этиловый спирт- кожный асептик;

- фенолсодержащие препараты – (Амоцид и Амоцид 2000) эффективны для дезинфекции очагов туберкулеза, обеззараживания биоматериала от больных.

В г.Астрахани в ГКБ №2 используют: Эмиталь-гарант и Ди-хлор, которые широко применяются для уборки помещений, инвентаря и оборудования. Для обеззараживания операционного поля, для дезинфекции оборудования, инструментов медицинского назначения и посуды применяют Виркон С. Аламинол и Хлормисепт, обладая универсальным спектром действия, предназначены для уборки помещений, для дезинфекции изделий медицинского назначения, а также белья и предметов ухода за больными.

В селе Дивном (Ставропольский край) для дезинфекции посуды применяют Анолит, Макси-дез, Випусан. Для дезинфекции предметов ухода за больными и медицинских инструментов используется Аламинол, Фориклин, Вапусан, Форисепт, последний применяется и как кожный антисептик. Из универсальных дезинфектантов, обладающих как моющими, так и дезинфицирующими свойствами, применяется Аламинол и Фориклин.

В Дербентской ЦРБ и Ики-Бурульской ЦРБ универсальные Аламинол и Бриллиант применяются для дезинфекции поверхностей в помещениях, санитарно-технического оборудования, предметов ухода за больными, изделий медицинского назначения (включая стоматологические инструменты, жесткие и гибкие эндоскопы).

В Успенской ЦРБ (Краснодарский край) используют универсальный Дезактив-хлор, а Тепсихлор для засыпания остатков пищи, смывных вод, выделений больных в инфекционных очагах, также для обеззараживания воды.

Выводы. Знакомство студентов нашей группы со встретившимися дезинфектантами заставляет нас тщательно следовать рекомендациям СанПина по своевременной смене дезинфектантов для избежания формирования внутрибольничной полирезистентной микрофлоры, борьба с которой является одной из ведущих проблем в работе любого ЛПУ.

Регулярное изучение новых дезинфектантов, со спектром их антибактериального действия, должно явиться частью нашей будущей профессиональной деятельности.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРЕДСТЕРИЛИЗАЦИОННОЙ ОБРАБОТКИ И СТЕРИЛИЗАЦИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ АППАРАТУРЫ

Г.А.Калиева, Т.В.Кадникова
(II курс леч. дело, факультет СМО)

Научный руководитель – старшая операционная сестра опер. блока №1 ГБУЗ АО АМ ОКД
Е.В.Корепина.

*Кафедра перинатологии с курсом сестринского дела
(зав.- д.м.н., профессор Л.А.Бахмутова)*

Развитие современных хирургических технологий, в частности эндоскопической хирургии, ставит перед сестринским персоналом хирургического блока новые задачи, одна из них – специфические особенности технологии обработки современных эндоскопов. Это продиктовано:

- непродолжительным временем обработки эндоскопов между манипуляциями у пациентов;
- осуществлением обработки с обеспечением принудительного продвижения моющих, дезинфицирующих, стерилизующих агентов в функциональных каналах эндоскопов;
- осуществлением обработки при относительно невысоких температурах (не выше 45-50 гр.С).

Эндоскопические манипуляции делятся на стерильные (эндоскоп вводят в стерильные полости и/или ткани организма с нарушением их целостности), и не стерильные (эндоскоп вводят через естественные пути в нестерильные полости организма). Новым аспектом обработки эндоскопов введен процесс «дезинфекция высокого уровня (ДВУ)». Спец. средства, обладающие стерилизующими свойствами, разрешенные для ДВУ эндоскопов это - альдегид-содержащие (ортофталевый альдегид, альдегид янтарной кислоты), кислород-содержащие (перекись водорода, надкислоты, активный кислород), из хлор-содержащих применяются анолиты, обладающие минимальной коррозионной активностью. Необходимые условия: стерилизация изделий в разобранном виде в емкостях, достаточное количество стерильной воды и 70% этилового спирта для ускорения просушивания каналов эндоскопа. Из методов стерилизации применяются газовый (окись этилена, формальдегид, озон), плазменный (пары перекиси водорода в сочетании с их низкотемпературной плазмой), жидкостный (растворы хим. средств).

РОЛЬ ОПЕРАЦИОННЫХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В РАЗВИТИИ СОВРЕМЕННЫХ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ХИРУРГИИ

Т.В.Кадникова, Г.А.Калиева
(II курс леч. дело, факультет СМО)

Научный руководитель – старшая операционная сестра опер. блока №1 ГБУЗ АО АМ ОКД
Е.В.Корепина.

*Кафедра перинатологии с курсом сестринского дела
(зав.- д.м.н., профессор Л.А.Бахмутова)*

Целью настоящего исследования является изучение места и роли медицинской сестры в работе современного централизованного, многопрофильного операционного блока, их роли в развитии современных инновационных технологий в хирургии. Объектом исследования была работа операционного блока, созданного в 2010 году в Александрo-Марининской Областной клинической больнице г. Астрахани. В состав оперблока входит 8 операционных, из них 6 - осуществляют плановую хирургическую помощь, 2 – экстренную, круглосуточную. Осуществляются оперативные вмешательства по профилям: общехирургический, нейрохирургический, колопроктологический, торакальный, сосудистый, гинекологический, урологический, эндоскопический. Одним из современных инновационных направлений является эндоскопическая хирургия,

при которой используется сложнейшая дорогостоящая аппаратура, требующая серьезной специальной подготовки медицинской сестры. Высокой квалификации требует также обеспечение операционного процесса в нейрохирургии; так, если в 2011 году выполнено 140 высокотехнологичных операций, то в 2012 году их количество возросло до 154. Это патология позвоночника, головного мозга, включая травмы, опухоли и целый ряд приобретенных заболеваний этой сложнейшей системы организма.

Учитывая, что за год проводится свыше 12000 операций, операционные медицинские сестры и санитарки обязаны постоянно повышать свою квалификацию. Регулярно, согласно плану, опытные наставники (руководители хирургических отделений, а также специалисты из других городов) проводят семинары с 27 высококвалифицированными многопрофильными медицинскими сестрами

ПОДГОТОВКА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА В ПРАКТИКЕ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ЭНДСКОПИЧЕСКОГО КАБИНЕТА

А. Н. Зверева (VI курс, лечебный факультет)
Научный руководитель – к.м.н., доц. В.В.Гуськов

*Кафедра перинатологии с курсом сестринского дела
(зав. - д.м.н., профессор Л.А.Бахмутова)*

Эндоскопия занимает ведущее место в диагностике заболеваний органов желудочно – кишечного тракта и является эффективной малоинвазивной диагностической и лечебной методикой. Высокая информативность эндоскопических методов дает возможность сегодня применять принципы «медицины, основанной на доказательствах».

Одним из важных факторов, обеспечивающих полноценное и информативное эндоскопическое исследование, является правильная подготовка больного по направлениям:

- Психологическая подготовка. Включает разъяснение больному целей и задач предстоящего исследования, необходимости его проведения для постановки правильного диагноза и дальнейшего успешного лечения.
- Коррекция нарушенных параметров гомеостаза. В первую очередь это относится к сердечно – сосудистой и дыхательной системам, со стороны которых можно ожидать тяжелые осложнения.
- Выявление заболеваний и состояний, которые могут повлиять на выбор лекарственных средств для подготовки и проведение исследования. Это – повышенная чувствительность к препаратам, применяемым в эндоскопии (местноанестезирующие), наличие сопутствующих заболеваний (глаукома, желчнокаменная болезнь), беременность.
- Диагностика и лечение заболеваний кожи и слизистых на путях введения и продвижения эндоскопа.
- Очищение полых органов согласно сестринскому стандарту «Подготовка больного к эндоскопическим исследованиям».

ПРИМЕНЕНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ КАТЕТЕРОВ В СЕСТРИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Ю.Р.Селезнева
(III курс сестринское дело, факультет СМО)
Научный руководитель – к.м.н., асс. Р.А.Фалчари

*Кафедра перинатологии с курсом сестринского дела
(зав. - д.м.н., профессор Л.А.Бахмутова)*

Инфузионная терапия играет важную роль в современной медицине, поскольку ни одно серьезное заболевание не обходится в своем лечении без ее проведения. Инфузии различных растворов решают широчайший спектр задач: от локального введения лекарственных веществ до поддержания жизнедеятельности всего организма. К сожалению, в России до сих пор используется катетеризация центральных вен, а применение периферических катетеров широко не распространено.

Использование в повседневной практике медсестры периферических венозных катетеров для проведения внутривенных инфузий позволяет иметь гарантированный венозный доступ в течение минимум трех суток, делает более комфортным проведение инфузионной терапии, изменяет соотношение катетеризаций центральных вен в пользу периферических, а также делает проводимую интенсивную терапию более безопасной и экономически менее дорогостоящей при равной эффективности.

Таким образом, основная цель данной работы - это внедрение в широкую сестринскую практику технологии катетеризации периферических вен в лечебных учреждениях.

Повышение знаний и умений, безопасности среднего медицинского персонала в современном подходе к обеспечению и поддержанию периферического венозного доступа, а также улучшение качества оказываемой медицинской помощи.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ДЕЛА

ДОНОРСТВО – НЕИЗВЕСТНОЕ ОБ ИЗВЕСТНОМ

М.С.Азарян, А.Е. Горбань (IV курс, лечебный факультет)

Ю.О. Зенина, А.А. Обьютанов (VI курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – асс. Иванова С. П.

Кафедра перинатологии с курсом сестринского дела (зав. – к.м.н., доц. Л.А. Бахмутова)

Вопрос о донорстве, всплывает обычно тогда, когда случается какое - то несчастье, онкологическое заболевание у родственников, дорожно – транспортное происшествие с серьезными травмами, требующее операции, или, что еще хуже масштабный катаклизм. Вот тогда - то случившееся заставляет задуматься, что же такое донорство, что нужно делать, как готовится, где и кому сдавать. И при всей общеизвестности проблемы, всегда многие моменты остаются неясными. Целью нашей работы является выяснение знаний по данному вопросу среди студентов нашей академии и молодежи г.Астрахани.

На первый вопрос - «Кто такие доноры?», конечно 100% аудитории ответили положительно, кто это, знают все.

Донорство крови (от лат. donare — «дарить») и (или) её компонентов — добровольная сдача крови и (или) её компонентов, донорами, а также мероприятия, направленные на организацию и обеспечение безопасности заготовки крови и её компонентов. Кровь, взятая от донора (донорская кровь), используется в научно-исследовательских и образовательных целях; в производстве компонентов крови, лекарственных средств и медицинских изделий. Клиническое использование донорской крови и (или) её компонентов связано с трансфузией (переливанием) реципиенту в лечебных целях и созданием запасов донорской крови и (или) её компонентов. Кто такой донор? Это человек, добровольно дающий свою кровь для переливания больным (реципиентам), а также для приготовления лечебных препаратов. Донором крови может быть каждый дееспособный гражданин в возрасте от 18 до 60 лет, прошедший медицинское обследование и, наконец, взятию от донора крови допустимо только при условии, если здоровью донора не будет причинен вред. Следующий вопрос, о том кто такие активные доноры и доноры резерва уже разделил опрашиваемых, потому что 60% студентов медиков ответили, что знают, 20% - не знают, 40% затруднил данный вопрос.

Доноры подразделяются на несколько категорий в зависимости от частоты сдачи крови. Люди, сдающие кровь больше трех раз в году, относятся к активным или кадровым донорам. Остальные причисляются к донорам резерва. Доноры резерва для сдачи крови не должны иметь никаких справок, достаточно только паспорта. А вот активные доноры должны предоставлять ряд справок. В частности каждые полгода требуется справка от терапевта из районной поликлиники с перечислением всех болезней, которые перенес донор. Раз в год требуется предоставить данные рентгена, клинических анализов мочи и ЭКГ, а для женщин еще и справку от гинеколога о перенесенных заболеваниях и отсутствии беременности. Кроме того, активным донорам следует при каждой сдаче крови иметь с собой справку от инфекциониста, подтверждающую отсутствие контакта с инфекционными больными.

Вопрос о том, рассматривали студенты свою кандидатуру в качестве активного донора, вселил оптимизм. Теоретически 68% хотели быть активными донорами, 30 % - донорами резерва, 2 % отказались, надеемся у них на это имеются серьезные причины.

54% респондентов не имеет никаких опасений, связанных с донорством, 10% боятся заразиться во время сдачи крови, 7% - угрозы своему здоровью, 29% просто боится уколов.

Польза донорства. Благодаря донорству, происходит активизация системы кроветворения — клеток красного костного мозга — и стимуляция иммунитета. Происходит некоторая разгрузка органов, участвующих в утилизации умирающих эритроцитов: селезенки, печени. Происходит повышение устойчивости организма к кровопотере при авариях, несчастных случаях, ожогах, тяжелых операциях; стимуляция кроветворения,

самообновления организма;профилактика заболеваний сердечно-сосудистой системы;профилактика болезней иммунной системы, атеросклероза, нарушений пищеварения, деятельности печени, поджелудочной железы;выведение избытка крови и её элементов, если он есть, из организма

Не нужно бояться, донация — это очень простая процедура. Тысячи доноров сдают кровь по 40 и более раз. Для того чтобы узнать свои ощущения от укола иглы, достаточно ущипнуть кожу на внутренней поверхности локтевой области.Сдача крови безопасна для донора — все донорские пункты в России обеспечены одноразовым, стерильным оборудованием, индивидуальными системами.Шприцы и иглы одноразового пользования вскрывают только в присутствии больного. После использования они уничтожаются.

На вопрос, знают ли о новом законе о донорстве, о льготах и привилегиях донорам, в общем что-то слышали, все, но полный ответ дать никто не смог.

Согласно действующему законодательству донорам крови и ее компонентов предоставляется ряд льгот. Во-первых, руководители предприятий, начальники воинских частей должны беспрепятственно отпускать работников, являющихся донорами, в организации здравоохранения и сдачи крови, а также предоставлять этому работнику все положенные по закону меры социальной поддержки. Донорам, которые сдали за год суммарное количество крови не меньше двух максимальных доз, должны в первую очередь предоставляться по месту работы или учебы льготные путевки на санаторно-курортное лечение.

Доноры, сдавшие в общей сложности кровь более сорока раз, награждаются знаком «Почетный донор России» и имеют право на ряд дополнительных льгот. Почетные доноры России могут рассчитывать на внеочередное лечение в рамках оказания бесплатной медицинской помощи, а также на предоставление ежегодного оплачиваемого отпуска в удобное для них время и первоочередное приобретение путевок для санаторно-курортного лечения. Кроме того, Почетным донором России гарантируется скидка в 50% на приобретение лекарств по рецептам государственных учреждений здравоохранения. В качестве денежной поддержки граждане, имеющие знак Почетного донора получали ежегодную выплату в размере 6000 рублей. Эта выплата ежегодно индексируется. В 2012 году ежегодная выплата составит 10556,38 рубля.Согласно Трудовому кодексу, в день сдачи крови или в день связанных со сдачей крови обследований работник освобождается от работы, либо работник сам выбирает себе день отдыха. Последнее возможно в случае, когда работа не связана с вредными или опасными условиями труда, при которой выход работника в день сдачи крови невозможен. Также работник выбирает день отдыха самостоятельно, если день сдачи крови или ее компонентов пришелся на время оплачиваемого отпуска или выходной день. Дополнительный день отдыха предоставляется работнику после каждого дня сдачи крови. Этот день также может быть присоединен к ежегодному оплачиваемому отпуску или использован работником в другое время. Все дни отдыха, связанные с кровосдачей, работодатель обязан оплатить в размере среднего заработка работника.

С этого года Госдума приняла закон, в котором согласно мировой практике кровь сдается безвозмездно, но врачи обязаны организовывать обед в целях восстановления сил донора.

Новый закон о донорстве 2013 вступил в силу 20 января. По новому закону о донорстве 2013 платное донорство с 20 января отменено, за сданную кровь донорам больше не будут платить компенсацию. Денежная компенсация заменяется с 20 января продуктами питания. Правда, в новом законе о донорстве 2013 все — же остаются денежные выплаты за кровь четвертой отрицательной группы, тромбоциты и эритроциты.

В 1990-е в связи с отсутствием условий и возможности организации питания, это компенсировалось в виде какой-то определённой суммы в разных регионах. Врачебное сообщество не столько против этого, сколько им так легче - выплатить компенсацию и как бы расстаться с донором, этого не должно быть.

60 % опрошиваемых также за «легкий путь» - хотела бы все же получать вознаграждения и уйти, 30% - идеалистов за совершенно безвозмездную сдачу крови, 10% - вздохнув, ответили, что они воздерживаются от ответа, что же все таки лучше.

Следующий вопрос, о пропаганде, теперь безвозмездного донорства, выявил интересный результат, 63% не задумывались над этим, 24% ответили, что по их мнению уделяется мало внимания, 13%, что достаточно.

К 2008 году, за 10 лет, количество доноров в РФ сократилось с 4 млн. до 1,8 млн. человек и составило в среднем по России 12 доноров на 1000 человек. При этом для нормального функционирования системы здравоохранения необходимо, чтобы на 1 тыс. населения приходилось не менее 25 доноров.

В России на 1000 человек в среднем приходится		В мире на 1000 человек приходится
2007 г	2009	
12 доноров	14 доноров	35-60 доноров

Ежегодно в России в переливании крови нуждаются 1,5 миллиона человек. Очень часто кровь требуется пострадавшим от ожогов и травм, при тяжелых родах или при проведении сложных операций, больным онкологическими заболеваниями. В клиниках, где проводятся операции на сердце, на одно лечебное место необходимо 12-15 литров в год! Некоторым людям компоненты и препараты, помогающие свертыванию крови, нужны в течение всей жизни. Кроме того, кровь необходима для производства ряда лекарственных препаратов.

На следующий вопрос, так когда же Всемирный день донора, к сожалению, никто ответить не смог.

14 июня проходит Всемирный день донора крови. День был выбран и учрежден тремя организациями, выступающими за добровольную безвозмездную сдачу крови: Международной Федерацией обществ Красного

Креста, Международным обществом по переливанию крови и Международной Федерацией организаций доноров крови.

Также на вопрос, что такое аутодонорство, положительно ответили студенты 20% старших курсов, остальные затруднились с ответом.

Вывод:

- необходимо активизировать работу по пропаганде безвозмездного донорства, особенно среди студентов медицинских ВУЗов и СУЗов;
- больше информировать о привилегиях донорам,
- довести до сведения каждого человека новый закон о донорстве.
- всеми силами способствовать развитию добровольного донорства крови в России
- объяснять правильную технологию сдачи крови;
- объяснить, что такое аутодонорство, активно внедрять его в жизнь.
- ведь о многих случаях именно донорская кровь спасает жизнь пациента.

ВЛИЯНИЕ СОВРЕМЕННЫХ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ НА КОЖУ

М.А. Горбачева (I курс, педиатрический факультет) Научный руководитель – к.м.н Р.А. Садретдинов

*Кафедра дерматовенерологии
(зав. – д.м.н., проф. Н.И. Рассказов)*

Наркотик – химический агент, вызывающий ступор, кому или нечувствительность к боли. Термин обычно относится к опиатам или опиоидам, которые называются наркотическими анальгетиками [1].

В XX веке значение термина расширилось. Отличие значения от первоначального связано с отнесением к наркотикам веществ, ранее не обозначавшихся этим словом (как то: продукты конопли, псилоцибиновые грибы и т. д.).

Зачастую в медицине и юриспруденции термин «наркотик» используют не вполне точно, в расширенном понимании, обозначая им все нелегальные психоактивные средства вне зависимости от их фармакологии. Например, законодательство о контроле над наркотиками в Канаде, США и некоторых других странах включает кокаин и каннабис, а также опиоиды.

Существует условное деление на лёгкие и тяжёлые наркотики [2]. По происхождению психоактивные вещества и наркотики делятся на растительные, полусинтетические (синтезируемые на основе растительного сырья) и синтетические. Существуют классификации наркотических средств как отдельно по химическому строению или клиническому эффекту, так и смешанные.

Абсолютно все наркотики ведут к необратимым процессам (патологическим) в мозгу, так же они отрицательно влияют на кожу.

Дезоморфин стал одним из самых дешевых наркотиков, что не могло не обусловить его широкое распространение. Чтобы сделать себе дозу, нужно просто несколько самых распространенных бытовых химикалий и бензина для зажигалок, а так же кодеиносодержащее лекарство. Себестоимость – очень мала, на порядки меньше, чем при покупке героина или ацетилированного опия. Но расплачиваться за это приходится последствиями настолько ужасными, что они потрясают даже бывалых наркоманов.

Очень скоро после начала его употребления появляются абсцессы, а также большие язвы, переходящие в гангрену.

Марихуана – психоактивное средство, полученное из разновидности конопли, которая содержит наибольшее количество психоактивных веществ (каннабиноидов).

Запомните, красивая, чистая и свежая кожа и курение марихуаны – не совместимые вещи. Курящие девушки отличаются ранними морщинами, особенно это касается носогубной зоны и зоны вокруг глаз. К этому следует еще добавить мешки и синяки под глазами, серый оттенок лица, и часто повышенная сухость кожи. Амфетамин (сокр. от альфаметилфенилэтиламин) — психоактивное вещество, стимулятор центральной нервной системы, структурно подобен адреналину и норадреналину.

Стимулирующий эффект заключается в повышении активности и бодрости, снижении утомляемости, приподнятом настроении, увеличении способности концентрировать внимание, понижении аппетита и снижении потребности во сне. При передозировке все эти эффекты проявляются чрезмерно. Скажем, коммуникативность переходит в болтливость, «соскальзывание», патологическую обстоятельность речи и пр. Повышенная активность под воздействием амфетамина может быть продуктивной (работоспособность), а, с повышением дозы, и бесцельной [3].

ЛСД — диэтиламид d-лизергиновой кислоты. Будучи психоактивным веществом, в России юридически классифицируется как наркотик. ЛСД не вызывает физическую зависимость, не оказывает негативного влияния на физическое здоровье человека, но при определённых обстоятельствах способен вызывать или обострять уже имеющиеся психические расстройства.

Эффекты, вызываемые ЛСД в психике (в просторечии называемые «трипом»), сильно различаются у разных людей и сильно зависят от таких факторов, как предыдущий психоделический опыт, текущее внутреннее состояние психики, текущей ситуации и внешней обстановки, а также, что немаловажно, общей дозы вещества. Реакция различных людей на одну и ту же дозу может сильно различаться. Известны случаи, когда даже при приёме сверхбольших доз (15000 мкг) видимого эффекта не наблюдалось. Эффекты также различаются от трипа к трипу и даже различаются в течение одного трипа. ЛСД-трип может вызывать длительные эмоциональные переживания, иногда остающиеся после психоделического опыта, а для некоторых пользователей вызывать значительные изменения в структуре личности и в отношении к жизни в целом.

Применяется термин «Сет и Сеттинг» — «сет» характеризует зависимость эффектов ЛСД-трипа от общего внутреннего состояния психики, а «сеттинг» — от физического и социального окружения, в котором происходит трип. Если пользователь ЛСД находится в недружелюбной обстановке и внутренне не подготовлен к возможному чрезвычайно мощным искажениям восприятия и мыслительных процессов, эффекты ЛСД, скорее всего, будут весьма неприятными, в отличие от ситуации, когда пользователь находится в комфортных условиях. Помимо того, что ЛСД после длительного приема вызывает нарушение слезистых полости рта, он негативно влияет на кожу. Появляются маленькие язвочки в области рта, которые не заживают длительное время, в основном на щеках и с внутренней стороны губ, сухость и отшелушивание кожи.

ПРОФИЛАКТИКА ПОРАЖЕНИЙ КОЖИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Е.С. Жиденко (V курс, лечебный факультет)

Научный руководитель — к.м.н Р.А. Садретдинов

*Кафедра дерматовенерологии
(зав. — д.м.н., проф. Н.И. Рассказов)*

Сахарный диабет (diabetes mellitus) — это группа метаболических (обменных) заболеваний, характеризующихся хронической гипергликемией, которая является результатом нарушения секреции инсулина, действия инсулина или обоих этих факторов. По данным ВОЗ количество больных сахарным диабетом в мире составляет около 180 миллионов человек. Продолжительность жизни больных сахарным диабетом на 30% меньше, чем в среднем у населения планеты, но самым настораживающими показателями являются невиданные темпы роста заболеваемости и смертности. По прогнозам ВОЗ, при нынешнем положении вещей, смертность от сахарного диабета и его осложнений в ближайшие 10 лет возрастет более чем на 50%.

Сахарный диабет первого типа (СД1) проявляется в относительно молодом (до 40 лет) возрасте и составляет 5-10% от всех разновидностей сахарного диабета. На долю инсулиннезависимого сахарного диабета приходится до 95% всех случаев этого заболевания. По данным ВОЗ СД1 страдает один из каждых 500 детей и один из каждых 200 подростков. В последние годы наблюдается рост заболеваемости СД1 во всем мире. Одним из видов осложнений при сахарном диабете является поражение кожи, которое развивается в 45–60% случаях [1].

Поражения кожи при диабете являются на сегодняшний день распространенными состояниями, достаточно часто встречающимися в клинической практике. Лечение их имеет определенные трудности и должно начинаться с эффективного контроля за уровнем сахара в крови, отработкой адекватной схемы приема антидиабетических препаратов, а также использование профилактических мероприятий для избежания возникновения данных осложнений [2].

Кожа у лиц с декомпенсированным сахарным диабетом в результате обезвоживания сухая, морщинистая, на ладонях и подошвах грубая и шелушащаяся, тургор её снижен. При длительно существующем диабете почти у 80% лиц наблюдаются различные дерматозы, связанные с нарушением обмена веществ, снижением защитной функции кожи и нарушением микроциркуляции [3]. В настоящее время описано более 30 видов дерматозов, которые либо предшествуют СД, либо развиваются на фоне манифестного заболевания. Условно их можно разделить на 3 группы:

1. Первичные — обусловленные диабетическими ангиопатиями и нарушением метаболических процессов (диабетические дерматопатии, липоидный некробиоз, диабетический ксантоматоз, диабетические пузыри и др.).
2. Вторичные — грибковые и бактериальные инфекции.
3. Дерматозы, вызываемые препаратами, применяющимися при лечении СД (экзематозные реакции, крапивница, токсидермия, постинъекционные липодистрофии).

Цель: разработка комплекса мероприятий по профилактике поражений кожи при сахарном диабете.

Задачи исследования: 1. Выявить основные формы поражения кожи при сахарном диабете. 2. Разработать комплекс мероприятий по профилактике поражений кожи при сахарном диабете.

Анализируя полученные данные было установлено, что липоидный некробиоз поражает в основном людей в возрасте 15-40 лет, чаще заболевают женщины, встречается у 0,1-3% больных. Нередко заболевание начинается с травмы. Вначале на пораженной поверхности кожи появляются плотные, безболезненные,

красноватого цвета папулы или бляшки овальной формы с атрофией в центре. Диабетическая склеродерма, характеризующаяся значительным утолщением кожи задней поверхности шеи и верхней части спины, встречается у 2,5% больных сахарным диабетом типа 2, имеющих избыточную массу тела и длительную декомпенсацию заболевания.

Диабетическая ксантома развивается на фоне гиперлипидемии, причем основную роль играют увеличение содержания в крови хиломикронов и триглицеридов. Желтоватые бляшки локализуются преимущественно на сгибательных поверхностях конечностей, груди, лице, шеи. У 57% взрослых, больных сахарным диабетом, обнаружена эритразма, поверхностная доброкачественная бактериальная инфекция, проявляющаяся в виде красновато-коричневых (цвет загара) поражений с тонкими чешуйками в областях кожных складок (обычно, паховая область и подмышечные впадины). Инфекции, характерные для ран, фурункулез и стафилококковые поражения протекают при диабете тяжелее и более часто встречаются при этом заболевании.

Среди грибковых заболеваний кожи наиболее часто развивается кандидоз, обычно вызываемый *Candida albicans*. Кандидоз кожи и слизистых характеризуется красными бляшками с приставшим к ним белым экссудатом и располагающимися рядом пустулами. Кандидоз может принять форму инфекций ногтевой пластинки и мягких тканей вокруг ногтя. Практически у всех лиц с сахарным диабетом встречается пародонтоз (гингивит, афтозный стоматит, альвеолярная пиорея). Ногтевые пластинки утолщены, особенно на ногах, нередко расслаиваются, отмечается подногтевой гиперкератоз.

Инсулиновые липодистрофии наблюдаются у 10-24% пациентов, преимущественно у женщин и детей, получающих инсулинотерапию. Проявляется в виде: атрофии и гипертрофии.

Рекомендации, направленные на профилактику поражения кожи при СД:

1. Ежедневный осмотр стоп, который больной должен осуществлять самостоятельно или с чьей-либо помощью.

2. Ежедневные гигиенические мероприятия: ванночки для ног или простое мытье ног под проточной водой и обработка участков ороговелости (гиперкератозов) пемзой либо специальной косметической пилкой для обработки кожи на стопах (температура воды должна быть не более 37⁰С).

3. Использовать для умывания воду по pH близкой к коже. Не использовать при умывании мыло, необходимо заменить его косметическим молочком, которое помимо устранения загрязнений кожи будет способствовать её увлажнению.

4. Профилактика пиодермий заключается в более тщательном уходе за кожей, в своевременном ее увлажнении кремами, содержащими супероксиддисмутазу.

5. Замена махровых полотенец бумажными салфетками для рук.

6. Нельзя носить слишком тесную, узкую обувь. Желательно, особенно при наличии начальных поражений ног, носить специальную ортопедическую обувь.

7. Правильно обрабатывать ногтевые пластинки: не срезать коротко, не укорачивать уголки, использовать пилочки вместо ножниц.

8. Одним из средств борьбы с пиодермиями является своевременная обработка микротравм, использование антисептических губок.

9. Ежедневно делать гимнастику для ног и массаж.

10. Ежедневная смена носков, при стирке которых необходимо добавлять фунгицидные средства.

11. Использование лаков для ногтей, обладающих противогрибковой активностью.

12. Для профилактики стрий необходимо проводить уход за кожей: ее обработка кремами, содержащими витамины А, Е, С, коллаген, эластин, а

также массаж кожи оливковым маслом в местах предполагаемого появления стрий, выполнение дыхательной гимнастики, использование утягивающих поясов.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ УФ-РЕЦИРКУЛЯТОРОВ «ДЕЗАР» НА ПРИМЕРЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

П.М. Авторханова (II курс, медико-профилактический факультет), К.В. Цветкова (V курс, медико-профилактический факультет), М.С. Уматов (IV курс, медико-профилактический факультет)

Научный руководитель – асс. Иванова С. П.

Кафедра перинатологии с курсом сестринского дела (зав. – к.м.н., доц. Л.А. Бахмутова)

Цель: анализ эффективности применения УФ-рециркуляторов «Дезар» в практической деятельности.

Задачи: изучить бактерицидную эффективность, выполнения требований к электронной, инфекционной, ультрафиолетовой безопасности.

В прошлом веке медики лечебных учреждений испытывали определенные трудности в работе при необходимости использования бактерицидных ламп. Одно из главных неудобств было то, что находиться в

помещении, где работала лампа, было вредно для здоровья. Также неблагоприятным фактором условий труда медиков является постоянный контакт с лекарственными средствами. В воздух происходит поступление аэрозолей лекарственных средств и продуктов их распада при проведении инъекций, аэрозольных ингаляций, а также при мытье, дезинфекции и стерилизации. Например, во время процедуры «сбрасывание» лекарственного раствора и пузырьков воздуха из шприца через инъекционную иглу в зоне дыхания образуются полидисперсные аэрозоли с размером частиц 0,10-0,25 мкм, а содержание антибиотика в воздухе может превышать предельно допустимую концентрацию. Неконтролируемые потоки воздуха, обусловленные воздействием ветра, разницей температур, работой технических средств вентиляции и других факторов может способствовать труднопрогнозируемым перемещениям воздуха, содержащего частицы химических и биологических веществ. Постоянное воздействие неблагоприятных факторов производственной среды ЛПУ может стать предпосылкой к профессиональной патологии. При оценке состояния воздушной среды в зданиях, оборудованных центральными системами кондиционирования и принудительной вентиляцией, всю большую значимость приобретают количественные нормы микробиологического и химического состава воздуха. В США впервые была сформулирована проблема т.н. синдрома больного здания, проявляющаяся в ухудшении самочувствия людей, пребывающих в помещениях с центральным воздухообменом. В таких зданиях происходит неконтролируемая рециркуляция воздуха, в результате чего формируется благоприятная среда для размножения и распространения микроорганизмов. С 2012г в ЛПУ города благодаря программе модернизации были закуплены рециркуляторы «Дезар» при эксплуатации которых обещано эффективное снижение уровня обсемененности воздуха. Так же обещана надежность, обеззараживание, фильтрация, очистка воздуха от вредных токсических примесей химической природы, возможность замены угольного фильтра силами мед.персонала, малое потребление электроэнергии, бесшумная работа, простота проведения тех.обслуживания и профилактических работ. Все представленные характеристики, мы решили проверить в работе лечебно – профилактического учреждения. Сразу можно подтвердить бесшумность работы рециркуляторов «Дезар». Их располагают и в коридоре, где находятся пациенты, и непосредственно рядом с кроватями тяжелобольных лежачих пациентов, которые отличаются, как правило, повышенной восприимчивостью к шуму. При опросе пациентов, жалоб на шум не было, некоторые рециркуляторы совсем не замечали. Затем был проанализирован основной показатель безопасности применения рециркуляторов «Дезар» - отсутствие выхода ультрафиолетового излучения ламп. Действительно, безопасность присутствует, т.к. в конструкции рециркулятора предусмотрены специальные лабиринтные экраны (патент РФ №56188), которые полностью исключают проникновение наружу ультрафиолетового излучения, т.е. конструктивная защита предусматривает 100% предотвращение возможности выхода УФ-излучения. Этот показатель является большим подспорьем в работе мед.персонала, можно заниматься текущей работой, находиться рядом с работающей лампой и действительно, ухудшений в состоянии, персонал в общем не испытывал, но жалобы все же предъявляли, конечно, данная характеристика требует дальнейших, более глубоких, лабораторных исследований. Но на первый взгляд, жалобы больше связаны с загруженностью на работе и сосудистыми возрастными проблемами. Следующий достаточно злободневный вопрос – это санитарное содержание помещений, оборудования, инвентаря. Согласно СанПиН 2.1.3.2630 – 10., все помещения, оборудование, медицинский и другой инвентарь должны содержаться в чистоте. Влажная, текущая уборка помещений (обработка полов, мебели, оборудования, подоконников, дверей) должна осуществляться не менее 2 раз в сутки, с использованием моющих и дезинфицирующих средств, разрешенных к использованию в установленном порядке. С данными характеристиками у рециркулятора «Дезар» оказалось все в порядке – цельнолитой корпус из ударопрочного химически стойкого пластика, с возможностью влажной уборки, допускающий санитарную обработку любыми разрешенными в РФ моющими и дезинфицирующими средствами. Следующий, «вытекающий» вопрос, постоянное мытье, а как же электробезопасность? В рециркуляторах «Дезар» защита от поражения электрическим током обеспечивается двойной изоляцией, состоящей из основной и дополнительной изоляции, которую образует цельнолитой корпус из изоляционного диэлектрического пластика. Электробезопасность приведена в соответствии с ГОСТом Р 5026 0-92 для изделий класса II с повышенной безопасностью персонала, т.к. не требуется соединение с защитным заземляющим проводом стационарной проводки. И еще одна весомо-положительная характеристика - малое потребление электроэнергии за счет применения электронного блока питания. Одно из главных достоинств рециркуляторов «Дезар» - одновременное обеззараживание, фильтрация и очистка воздуха от вредных токсичных примесей химической природы, т.е. оседают частицы размером более 10 мкм: пыль, пыльца, споры растений, плесень, высохшие дез.средства, аэрозоли, сажа, анестезирующие газы, антибиотики, пары кислот, моющих, дезинфицирующих и стерилизующих средств, аммиака, аэрозоли гормональных средств, формальдегидов, фенолов, оксиды углерода, азота. Фильтр представляет собой активированное угленасыщенное поглощающее волокно. Технологическая особенность этого материала состоит в том, что он содержит 99,5% чистого углерода и имеет очень большую сорбционную поверхность-до 1500 м²/г. Срок службы сменного угольного фильтра зависит от функционального назначения и степени загазованности помещений, где он эксплуатируется в составе облучателей-рециркуляторов «Дезар». В соответствии с результатами испытаний «Оценка эффективности применения облучателей-рециркуляторов воздуха ультрафиолетовых бактерицидных с фильтрацией воздушного потока для обеззараживания воздуха в помещениях от типичных представителей орто-парамиксовирусов (грипп H1N1,

Н5N2 и парагриппа I) человека и животных» (2007г.), специально проведенных НИИ гриппа РАМН (г. Санкт-Петербург), вирусы на воздушных фильтрах не сохраняются и не накапливаются путем размножения.

Возможность замены угольного фильтра силами медицинского персонала – данная манипуляция все таки не проводится «силами медперсонала», а обслуживающей фирмой, с которой заключен договор, действительно с простотой проведения технического обслуживания и профилактических работ. Ведение документации «Журнала регистрации» облегчает цифровой счетчик введенный в конструкцию рециркуляторов «Дезар» для достоверной фиксации времени работы ультрафиолетовых ламп. Мигание цифрового табло происходит каждые 200 ч работы устройства (200, 400, 600...9000 ч), длится в течение часа и не является неисправностью. Эта функция введена специально, как напоминание о необходимости проведения профилактических работ-очистки колб и внутренней поверхности камеры облучения.

Вывод: подтверждается эффективность этого действительно инновационного приобретения - рециркуляторов «Дезар», они прочно вошли в жизнь лечебных учреждений, значительно облегчив ее и улучшив санитарные показатели воздушной среды.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ ИНФЕКЦИЙ ПО РФ

М.Х. Дадаева, Е.Б. Болева, Т.К. Васипов, П.Х. Элиханова (IV курс, медико-профилактический факультет)

Научный руководитель – д.м.н., доц. Кудряшева И.А

*Кафедра профессиональных гигиен медико-профилактического факультета
(зав. – д.м.н., доц. И.А.Кудряшева)*

В ФЗ РФ «Об охране здоровья граждан» принятый в ноябре 2011года в 12 статье, «Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья», говорится о предупреждении социально – значимых заболеваниях и борьбе с ними и формировании здорового образа жизни начиная с детского возраста, которое обеспечивается путем проведения мероприятий, направленных на информирование граждан о факторах риска для их здоровья.

Цель нашей работы проанализировать ситуацию, сложившуюся с заболеванием ВИЧ – инфекцией.

Задачи: разработка мероприятий профилактики социально – значимых заболеваний; формулировка критериев выбора форм и методов профилактической работы.

В РФ, по предварительным данным на 31.12.11 нарастающим итогом зарегистрировано 650 231 ВИЧ – инфицированных граждан страны, что составляет 0,4 % от всего населения, из них 5844 детей в возрасте до 15 лет, а среди возрастной группы до 15 – 49 лет инфицированы ВИЧ 0,7 % населения. Ситуация имеет стойкую тенденцию к ухудшению, распространенность ВИЧ – инфекцией увеличивается. Так, на конец 2010 года живущие с установленным диагнозом, составляли 0,340%, а в 2011 – 0,387 % от числа всего населения страны. За 12 месяцев 2011 года выявлено более 62 000 новых случаев ВИЧ – инфекции, среди которых отмечается увеличение числа новых случаев в возрастной группе 30 – 40 лет. Тенденция увеличения случаев инфицирования в данной возрастной группе прослеживается с 2000 года, когда было зарегистрировано 9% людей живущих с ВИЧ, в 2010 году их доля составила 39, 9%, в 2011 – 42,1%, что свидетельствует об активном вовлечении лиц этого возраста в модели рискованного поведения. Наибольшее распространение вирус иммунодефицита человека получил среди мужчин 30 - 35, где удельный вес инфицированных ВИЧ от общего числа населения составил 2,2 % и среди женщин в возрасте 25 – 34 года – 1%. По данным мониторинга в РФ умерло по разным причинам 102 742 ВИЧ – инфицированных, в том числе за 2011год 18 414, что на 17, 5 % больше, чем в предыдущем году. Но вследствие развития собственно ВИЧ – инфекции умерли 5 568 человек (30, 2%), остальные погибли от причин, не связанных с ВИЧ (передозировка наркотиков, насильственная смерть, суициды, и др). Случаи ВИЧ – инфекции зарегистрированы во всех субъектах РФ. Особенно неблагоприятная ситуация сложилась в Кемеровской, Самарской, Новосибирской, Оренбургской, Ленинградской, Ульяновской, Иркутской, Тверской, Челябинской областях, Ханты-Мансийском автономном округе, Пермском и Алтайском крае. Причина – это неудовлетворительно организованная и недостаточно эффективная работа по профилактике и борьбе с наркоманией. Отсутствие надлежащей профилактической работы приводит к тому, что в большинстве субъектов РФ на протяжении ряда лет основной причиной заражения ВИЧ – инфекцией продолжает оставаться внутривенное введение наркотиков нестерильными шприцами, составляя к настоящему времени 57,6% от всех новых случаях заражения. Темпы развития наркомании приобрели масштабы, непосредственно угрожающие здоровью нации. Число зарегистрированных потребителей наркотиков за последние 5 лет возросло на 10%. В Астраханской области ситуация находится под контролем. Главным государственным санитарным врачом Г.Г. Онищенко отмечен позитивный опыт организации мероприятий по противодействию распространения ВИЧ – инфекции и осуществления профилактической работы в Астраханской области. Гетеросексуальный контакт как основной путь заражения был указан у 39,2% впервые выявленных ВИЧ – позитивных, и отмечается его продолжающийся рост. 2008 г. - 35,1%, 2009 г. - 36,2%, 2010 г. - 38,9%, 2011 г. -39,9%. Увеличивается доля ВИЧ – позитивных лиц, заражение

которых связано с половыми контактами между мужчинами, в 2011г их доля составила почти 1,5%, увеличившись за последние 5 лет в два раза. Еще одной проблемой, ставшей чрезвычайно актуальной является проблема мигрантов, число которых в РФ ежегодно увеличивается. Выявлено 6114 лиц с инфекционными заболеваниями, представляющие опасность для окружающих и являющиеся основанием для принятия решения о нежелательности пребывания в РФ, в том числе ВИЧ – инфицированных 1215, больных туберкулезом – 2653, больных ИППП – 2246. Возросла распространенность первичной резистентности ВИЧ к антиретровирусным препаратам. По предварительным данным исследования, проведенного в 2010 году, в стране впервые был обнаружен средний (5-15%) распространенности передаваемой лекарственной устойчивости ВИЧ, что может потребовать пересмотра стандартов лечения и схем терапии ВИЧ – инфекции первого ряда. Ситуация усугубляется высокой гомогенностью ВИЧ – 1 на территории страны в целом, т.к. подавляющее большинство инфицированных ВИЧ (более 90%) были инфицированы субтипом A1. Основным СПИД – индикаторным заболеванием в России продолжает оставаться туберкулез. Именно это заболевание является основной причиной летальных исходов, и среди причин смерти, связанных с инфекцией ВИЧ, туберкулез как вторичное заболевание составляет 60%. Не решена полностью проблема внутрибольничного инфицирования ВИЧ. Так, при проведении эпидемиологического расследования по поводу выявления ВИЧ – инфекции у детей, чьи родители были здоровы, ретроспективно были выявлены очаги внутрибольничного инфицирования: в Пензенской области – 1, в Чеченской Республике – 3, в Ростовской области – 1, с общим числом пострадавших 13 человек. Во всех эпизодах причиной инфицирования являлись: халатность при выполнении противоэпидемических мероприятий в ЛПУ, недостатки в организации работы по выявлению ВИЧ – инфекции. Установлены факты сокрытия ВИЧ – инфицированными отцами\половыми партнерами наличие у них заболевания, что послужило в дальнейшем причиной заражения ВИЧ матери и ребенка, находившемся на грудном вскармливании.

Выводы: выяснилось смещение эпидцентра эпидемии ВИЧ-инфекции в старшие возрастные группы населения, где профилактические программы практически не проводятся и требуется разработка программ профилактики именно в возрастных группах 25-45 лет, использовать комплексный и сбалансированный подход, учитывающий морально нравственные аспекты. По данным эпидемиологического мониторинга, 23% ВИЧ – инфицированных, состоящих на учете в Центрах СПИДа по стране не были обследованы на туберкулез. Из прошедших диспансеризацию ВИЧ – инфицированных обследованы только 80%. Осталось необследованными на туберкулез в 2011 году 96 016 позитивных. Усилить агитацию по профилактическим осмотрам на флюорографию, которая на данное время легко доступна. В студенческих группах обратить внимание на анализ эпидемиологической ситуации и принятию мер по недопущению внутрибольничной передачи ВИЧ- инфекции в лечебных учреждениях, особенно учреждениях родовспоможения, перинатальных центрах, центрах экстракорпорального оплодотворения. Если объем противоэпидемических мероприятий будет снижен, при сохраняющемся высоком уровне заболеваемости ВИЧ-инфекции, темпе прироста новых случаев заражения, увеличении общего числа ВИЧ – инфицированных и активизации выхода эпидемии из уязвимых групп населения в общую популяцию, то нельзя будет добиться ощутимых результатов в борьбе с ВИЧ – инфекцией

ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

К.Р.Агаханова (III курс, лечебный факультет),
И.С. Аверин (I курс, педиатрический факультет), Джумайтов А.А (I курс, педиатрический факультет),
Э.Ч.Абдулова (III курс, лечебный факультет)
Научный руководитель – асс. Иванова С. П.

Кафедра перинатологии с курсом сестринского дела (зав. – к.м.н., доц. Л.А. Бахмутова)

Проблема снижения заболеваемости злокачественными новообразованиями относится к самым важным из стоящих перед человечеством. По своей частоте и распространенности онкологические заболевания занимают одно из первых мест в общей структуре инвалидности и смертности. В борьбе с любой болезнью наибольшее значение имеет её предупреждение. Накопленные к настоящему времени знания и опыт дают достаточно оснований для выработки эффективной стратегии и тактики профилактики онкологических заболеваний.

Цель данной работы: анализ современных путей профилактики.

Задачи: привлечение внимания студентов к формированию здорового образа жизни, исключаящего саморазрушающее поведение.

Предупреждение действия канцерогенов на организм необходимо начинать с оздоровления экологии, которое на современном этапе научно-технического прогресса трудно выполнимо, так как основными источниками загрязнения атмосферного воздуха являются предприятия металлургической, коксохимической, нефтеперерабатывающей и алюминиевой промышленности, а также теплоэлектростанции (тэц) и автомобильный транспорт. В решении данной проблемы необходимое важное

условие – это последовательное осуществление эффективных крупномасштабных мероприятий по охране окружающей среды, к примеру: перевод части транспорта на газовое топливо и т.д.

Известный ковбой Мальборо Уэйн Мак Ларен умер от рака легких в 52 года. Перед смертью он признался: «Меня погубило курение, оно разрушает доброе и хорошее в человеке.» Сохраняется высокий уровень летальности среди заболевших раком легких. Причинно-следственная связь между этим опаснейшим и практически пока неизлечимым заболеванием и курением табака достоверно доказана. Отказ от курения - это реальная возможность профилактики многих разновидностей рака легкого. [1]

Основным источником ионизирующего излучения для населения является естественный радиационный фон. Различные лучевые медицинские методы обоснованно вызывают настороженность, хотя суммарная доза от диагностических исследований для населения мала по сравнению с естественным фоном ионизирующего излучения. Лучевая терапия по поводу злокачественных новообразований повышает риск возникновения второй опухоли[2]. Не утихают споры о возможном вреде радиочастотного электромагнитного поля. В международных исследованиях было обнаружено, что беспроводные телефоны (не только мобильные, но и стационарные беспроводные телефоны) повышают риск развития глиомы особенно для тех, кто использовал телефоны для разговора более 30 минут в день[3].

В 10% случаев онкологические заболевания связаны с персистенцией в организме человека инфекционных агентов: вирусов, бактерий или паразитов. В основном это касается рака шейки матки (вирус папилломы человека типа 16 и 18), рака печени (вирусы гепатита В и гепатита С), рака желудка (хеликобактерная инфекция), рака желчных протоков (описторхозная инвазия), рака мочевого пузыря (шистосомозная инвазия). Раннее начало половой жизни (в течение первого года от начала менструаций) повышает риск рака шейки матки в 16 раз. Подавление половых инстинктов способствует заболеваемости раком, однако и злоупотребление половой жизнью отрицательно влияет на здоровье, наличие 6 и более половых партнеров в течение жизни повышает риск рака шейки матки в 5 раз [4]. Аборт наносит непоправимый вред всему организму женщины, прежде всего, - эндокринной системе, детородным органам, а также сопровождается тяжелой психической травмой, что не может не сказаться на активности иммунной системы. Отказ от абортов позволяет снизить риск развития опухолей матки, молочных желез, яичников, щитовидной железы. Использование презервативов способствует предупреждению нежелательной беременности, профилактике абортов, профилактике заболеваний передающихся половым путем, доказано связанных с высоким риском опухолевой патологии.

Рациональное питание способствует снижению риска развития всех онкологических заболеваний, но самый благоприятный эффект оказывает на риск опухолевого поражения органов пищеварения. Большое значение этого фактора в этиологии злокачественных новообразований отмечали еще старые исследователи[5] Общей нормы, действительной для каждого человека, быть не может. В сбалансированное питание должны входить незаменимые аминокислоты, вместе с тем большое значение имеет употребление растительной пищи, в ее положительном влиянии на противоопухолевую резистентность имеется два аспекта. Первый – непосредственная нейтрализация канцерогенных веществ, второй – положительное влияние растительной пищи на обмен веществ. Рекомендуется прием пищи при которой общая калорийность не превышает потребности организма.

Солнечные лучи нередко становятся фактором, запускающим развитие опухолевых заболеваний. Злоупотребление загаром, как на пляже, так и в солярии, прием солнечных ванн топ-лесс может стать причиной развития меланомы, рака кожи, молочных и щитовидной желез [6]

В заключение можно сказать, что правильное отношение к своему здоровью, подразумевающее соблюдение элементарных принципов профилактики и регулярное медицинское обследование, позволяет человеку снизить риск развития рака на 90%. Совершенствование режима сна, отдыха необходимо сочетать с обязательной физической нагрузкой в физиологических пределах, которые могут существенно варьироваться в зависимости от конкретных условий и особенностей организма.[7] А это означает, что, приложив определенные усилия, каждый из нас способен прожить жизнь без опухолевых заболеваний.

ИННОВАЦИОННЫЙ СПОСОБ ОБЗОРНОЙ ОКРАСКИ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

А.В. Процко (III курс, лечебный факультет)
Научный руководитель – к.м.н., ординатор А.А. Бахтин

*Кафедра патологической анатомии
(зав. – д.м.н., проф. А.Е. Лазько)*

К наиболее известным обзорным гистологическим окраскам относятся: окраска гематоксилином-эозином и азу-эозином. [1]

Недостатками вышеуказанных способов является, прежде всего:

-долгое время окраски с заключением в среду.

-малая цветовая палитра.

-необходимость изготовления тонких срезов, толщиной не более 5 мкм, для изучения их как под малым увеличением, так и в иммерсионной среде.

-сложность и долгое время изготовления наиболее употребляемых растворов гематоксилина.

-отсутствие четкой визуализации митотически активных клеток и клеток на стадии апоптоза.

-сложность оценки состояния хроматина клеток одного дифферона.

Целью настоящего изобретения является улучшение и облегчение работы при исследовании обзорных гистологических препаратов, сокращение времени, уходящего на изготовления препаратов. Достоинством этого метода является, прежде всего, четкое и контрастное разграничение различных структур из-за богатой цветовой палитры и долгое время “затухания” люминесцентного возбуждения, что является недостатком при использовании данных красителей по отдельности.

Согласно изобретению поставленная цель достигается тем, что обзорные гистологические препараты изучаются в люминесцентном свете с использованием сочетания двух красителей, таких как: акридиновый желтый и титановый желтый. Препараты, окрашенные данным способом, можно изучать уже через 2 минуты после окраски.

Предлагаемый способ является более удобным, чем рутинные методы окраски, вследствие значительной экономии времени, простоты окраски и более полной гистологической картины, за счет богатой цветовой палитры. При помощи данной смеси красителей без особых трудностей можно четко визуализировать такие структуры как: ядро и его ядрышки - вследствие чего можно судить о состоянии и активности клетки, щеточную каемку, бокаловидные клетки в фазе формирования и экскреции секрета, соединительнотканый каркас и другие, клеточные и тканевые структуры.

Работы с этим методом ведутся с сентября 2010 года. Данным способом были окрашены 25 препаратов тонкой кишки крысы, 8 препаратов почек и 6 препаратов легких.

Настоящее изобретение можно отнести к отдельным видам гистологического исследования, дающего более полную картину строения ткани.

ИННОВАЦИОННЫЙ СПОСОБ ОЦЕНКИ ИНТОКСИКАЦИОННОГО СИНДРОМА

Г.А. Гаджиев (II курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель – д.м.н., доц. Коханов

Кафедра общей гигиены

(зав. – д.м.н., проф. В.С. Рыбкин)

Интоксикационный синдром является сопутствующим при большинстве заболеваний и патологических состояний, и определение его степени имеет важное клиническое значение [1, 4].

В лабораторной практике для диагностики эндотоксикоза широко используют исследование в плазме крови молекул или пептидов средней массы (МСМ). Установлено, что эти соединения имеют различную структуру, а их молекулярная масса составляет 500—5000 Д [2, 4].

Увеличение оптической плотности супернатанта при длине волны 254 нм после осаждения белков сыворотки крови трихлоруксусной кислотой (ТХУ) отражает уровень малых патогенов, образованных *in vivo* при неконтролируемом протеолизе. Понижение уровня гломерулярной фильтрации не позволяет быстро удалить малые патогены из крови путем экскреции с мочой. В зарубежной литературе пептиды средней молекулярной массы именуют “уремические токсины” [2].

Для оценки степени интоксикации уже более 60 лет пристальное внимание врачей всех специальностей привлекают расчетные индексы, отражающие соотношение различных классов лейкоцитов в составе периферической крови. Некоторые из них, такие как лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) Кальфа-Калифа, ЛИИ Островского, ЛИИ Химич, ЛИИ Яблчанского, ядерный индекс Даштаянц Г.А. (ЯИД) характеризуют степень интоксикации. Другие свидетельствуют о наличии дисбаланса иммунной системы [4].

Наиболее современными методами диагностики степени интоксикации является способ определения связывающей емкости альбумина в сыворотке крови путем добавления к разбавленной в 120 — 2000 раз сыворотке флюоресцентного вещества, взаимодействующего с альбумином, с последующим измерением количества получаемого продукта на флюориметре и сравнением его уровня с контрольной сывороткой. В данном способе определяется общая (ОКА) и эффективная концентрация альбумина (ЭКА). При этом, чем больше центров связывания альбумина связано, тем ниже ЭКА и, соответственно, отношение ЭКА/ОКА.

Данный способ находит все большее применение в крупных клиниках, однако необходимость специального дорогостоящего оборудования (флюориметров) и флюоресцентных зондов являются основным препятствием для повсеместного использования данного метода оценки интоксикации [3].

С целью определения связывающей емкости альбумина человека нами предлагается альтернативный иммунохимический способ определения степени интоксикации на основе определения термостабильной фракции сывороточного альбумина, пригодный для коммерческого применения. Нами установлено, что тест на термостабильность сывороточного альбумина отражает степень нагрузки связывающих центров альбумина низкомолекулярными токсикантами.

Кроме того, проведенные пилотные исследования иммунохимического теста на ТСА показали его стабильность и низкую себестоимость. Это дает возможность дополнительно обеспечить конкурентоспособность будущей продукции и расширить ее перечень. Способ после соответствующей доработки и рекламы может быть использован в тестах индивидуального использования.

Таким образом, тест на ТСА является перспективной основой новой конкурентоспособной продукции, которая будет широко востребована в нашем регионе и поэтому позволит в перспективе создать производство тест-систем на основе экспресс-тестов для оценки эндогенной и экзогенной интоксикации в г. Астрахани.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДИАГНОСТИКИ МОЗГОВОЙ КОМЫ

П.В.Огнев (IV курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – д.м.н., доц. Коханов

*Кафедра общей гигиены
(зав. – д.м.н., проф. В.С. Рыбкин)*

В остром периоде черепно-мозговой травмы за счет кровопотери, нарушений внешнего дыхания, гемодинамических нарушений и расстройств микроциркуляции часто развиваются гипоксические состояния, усугубляющие тяжесть ЧМТ. Поэтому, оценка такого типа нарушений является актуальной проблемой нейротравматологии (1, 4, 8). Очевидно, такая оценка должна учитывать не только степень кровопотери и анемии, но и показатели адаптации системы эритронов к гипоксии, проявляющиеся появлением ретикулоцитов, анизотропией и усиленным биосинтезом фетального гемоглобина и других белков, участвующих в транспорте железа.

В условиях гипоксии изменяется синтез гемоглобина, происходит дерепрессия синтеза γ -цепей, что ведет к увеличению в эритроцитах фетального гемоглобина (HbF). Доказано (2, 6), что при одном и том же парциальном давлении, фетальный гемоглобин более активно поглощает кислород и с большей готовностью отдает углекислоту, чем гемоглобин взрослого (HbA).

Особый интерес вызывают активизирующиеся при травмах ферропротеиды, обладающие свойствами протекторов тканей от повреждающего действия радикалов путем связывания ионов железа. Высказывается мнение о важной роли железосодержащих белков, в частности ферритина и лактоферрина, в патогенезе и саногенезе ЧМТ (9).

Цель работы: выяснение прогностического значения данных пульсоксиметрии и мониторинга железосодержащих белков, полученных при поступлении пострадавших с черепно-мозговой травмой.

Для достижения поставленной цели у больных с ЗЧМТ проводилось изучение показателей красной крови, (содержания эритроцитов, гемоглобина (Hb), фетального гемоглобина (HbF), среднего содержания гемоглобина в эритроците, гематокрита, коэффициента анизотропии) и уровней железосодержащих белков плазмы крови (лактоферрина и ферритина) во взаимосвязи с характером нарастания pO_2 в ответ на ингаляцию кислорода.

Методика. Исследование проведено на пострадавших с ЗЧМТ (63 больных с сотрясением головного мозга (СГМ) и 28 больных с ушибом головного мозга (УГМ) различной степени тяжести), доставляемых в ГКБ №3 г.Астрахани бригадами интенсивной терапии городской станции скорой медицинской помощи. Контрольную группу составили 40 практически здоровых людей (студентов-волонтеров).

Определялись концентрации следующих железосодержащих белков: нормальный и фетальный гемоглобины (HbA, HbF), лактоферрин (Лф) и ферритин (Фр). Содержание HbA определяли на автоматических анализаторах, параллельно с другими гематологическими показателями. Для количественного анализа HbF применяли способ ракетного иммуноэлектрофореза в агаровом геле, с использованием моноспецифических антисывороток, полученных гипериммунизацией кроликов (3,7).

Количественное определение Лф и Фр проводили методом иммуноферментного анализа с применением наборов фирмы «Вектор-Бест» (Новосибирск). Исследование параметров рО₂ в капиллярной крови проводилось в условиях транспортировки больных в стационар с помощью неинвазивного пульсоксиметра «Кардекс». Для оценки динамики рО₂ использовали следующие показатели: 1) относительный (в %) исходный уровень рО₂, 2) время от начала оксигенации больного до начала подъема рО₂, 3) время от начала подъема рО₂ до максимального подъема рО₂, 4) величину максимального подъема рО₂ (в %), 5) время с момента прекращения оксигенации больного до начала падения рО₂, 6) время снижения рО₂, до исходного уровня.

Результаты построения графиков динамики рО₂ показали, что формы графика зависели от степени выраженности и преобладающего характера гипоксии у больных и позволили выделить группы пострадавших с ЗЧМТ с различными вариантами - гипоксии.

Кроме того, установлено, что на графики динамики рО₂ влияет не только скорость оксигенации больного, но и характер и интенсивность медикаментозной терапии.

Максимальные уровни HbF выявлены у пострадавших с ЗЧМТ при циркуляторных гипоксиях на фоне сопутствующей соматической хронической патологии. Снижение относительных и абсолютных значений HbF, по сравнению с контрольной группой, выявлено у пострадавших с ЗЧМТ на фоне геморрагического шока и сопутствующей ему анемии гемической гипоксии.

В первую неделю после ЧМТ выявляется гиперлактоферрин- и гиперферритинемия. Для больных с легкой черепно-мозговой травмой (СГМ) более характерно увеличение в крови ферритина, при нормальных уровнях лактоферрина. Установлено, что в группе больных с внутричерепными гематомами средняя концентрация ЛФ в 1,6 раз выше по сравнению с группой больных с ЧМТ без признаков внутричерепного кровотечения.

Уровни Лф и Фр не обнаружили существенной взаимосвязи с характером гипоксии: максимальные цифры Лф встречаются как при обширном инфаркте миокарда, осложненном кардиогенным шоком, так и при острых пневмониях с выраженной дыхательной недостаточностью, но остаются умеренно повышенными при отеке легких. Уровни Фр незначительно повышаются в первые часы. Повышение концентрации Лф у пострадавших с ЗЧМТ обнаруживается уже в первые часы тяжелой ЧМТ.

Таким образом, в зависимости от генеза гипоксического состояния, устанавливаемому по графику динамики рО₂, можно прогнозировать состояние пострадавших с ЗЧМТ и экстренно контролировать эффективность лечебных мероприятий. Для комплексной оценки степени тяжести гипоксии целесообразно применение теста на HbF, особенно в виде экспресс-теста. Однако перспективы применения иммунохимических тестов на Лф и Фр для оценки гипоксии различного генеза сомнительны.

Известно, что ферритин характеризует реакцию организма больного на повреждение, процессы тканевой деструкции, а лактоферрин обладает прямой антибактериальной и иммуномоделирующей активностью (5).

Дальнейшее изучение этих железосодержащих белков позволит определиться с их диагностической ценностью для нейрохирургии.

РАЗРАБОТКА СПОСОБА ОЧИСТКИ ЛАКТОФЕРРИНА ЧЕЛОВЕКА И СОЗДАНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО НАБОРА НА ЕГО ОСНОВЕ

З.М. Гусеева (II курс, педиатрический факультет)
Научный руководитель – д.м.н., доц. Коханов

*Кафедра общей гигиены
(зав. – д.м.н., проф. В.С. Рыбкин)*

Цель работы: разработать новый диагностический тест на лактоферрин для ранней оценки состояния воспалительного процесса и иммунной системы.

Лактоферрин (ЛФ) — это железосодержащий гликопротеин, относящийся к БОФ семейства трансферринов [1]. ЛФ принимает участие в транспорте и обмене железа [4], в иммунорегуляции, в процессах детоксикации [3], а также обладает бактериостатическими и бактерицидными свойствами [5]. Антибактерицидное, антиперекисное и антиэндотоксиновое действие ЛФ объясняют его способностью связывать ионы металлов [5].

ЛФ впервые выделен и очищен из женского молока, который содержится там в большем количестве [4,5]. ЛФ, выделенный из молока, состоит из 73 аминокислотных остатков и представлен тремя изоформами, две из которых обладают рибонуклеазной активностью [3].

ЛФ связывается с рецепторами бактериальных и опухолевых клеток [2], с макрофагами и лимфоцитами, а также с гепарином, липополисахаридами, липидами и другими макромолекулами [5]. Этим и обуславливаются полифункциональные свойства ЛФ.

ЛФ продуцируется клетками миелоидного ряда в костном мозге и затем локализуется во вторичных гранулах зернистых нейтрофилов, где вместе с лизоцимом и щелочной фосфатазой входит в состав компонентов бактерицидной системы. Содержание сывороточного ЛФ коррелирует с числом нейтрофилов в крови.

Обнаруживается ЛФ во многих биологических жидкостях: слюна, кровь, слеза, бронхиальный секрет, назальный секрет, плевральная жидкость, панкреатический сок, женское молоко (молозиво), сперма [4,5].

Концентрация сывороточного ЛФ здоровых взрослых людей (доноров) очень мала по сравнению с ЛФ молока или других биологических жидкостей. Уровень сывороточного ЛФ в плазме и сыворотке крови здоровых взрослых людей колеблется от 400 до 1000 нг/мл и значительно повышается при гнойно-септических процессах, сепсисе, пневмониях, панкреатите, анемии, при онкологических процессах в организме [6].

Воздействуя на иммунокомпетентные клетки через рецепторы или через интерлейкины [4,5], ЛФ является регулятором как клеточных, так и гуморальных иммунологических реакций.

Кроме этого ЛФ также обладает мембранопротекторным и антиоксидантным свойствами. Предполагается, что с этим связана, и способность ЛФ образовывать соединения с эндотоксинами, цитотоксинами, бактериальными липополисахаридами, гепарином и другими макромолекулами [5].

Моделирование простых и доступных иммунохимических тестов на ЛФ и их внедрение в клиническую практику актуально и целесообразно, так как позволит оптимизировать клиническую оценку состояния воспалительного процесса и иммунной системы.

ИННОВАЦИОННЫЕ ИММУНОХИМИЧЕСКИЕ ТЕСТЫ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ

Е.В. Акишкина (II курс, педиатрический факультет)
Научный руководитель – д.м.н., доц. Коханов, О.А. Луцева

*Кафедра общей гигиены
(зав. – д.м.н., проф. В.С. Рыбкин)*

Наиболее тяжкими преступлениями являются убийства. Зачастую убийства маскируются различными инсценировками, что вызывает определенные затруднения при проведении судебно-медицинской экспертизы [6, 8]. В некоторых случаях проходит значительный срок между совершением противоправных действий и назначением соответствующих экспертиз, и в ходе следствия приходится осматривать места происшествий и изымать вещественные доказательства по прошествии значительного времени после совершения преступления. За это время следы биологического происхождения на вещественных доказательствах, в частности кровь и сперма уничтожаются, или значительно разрушаются под воздействием факторов внешней среды (света, температуры, атмосферных осадков, повышенной влажности и др.).

Часть экспертиз по исследованию вещественных доказательств выполняются после того, как следы биологического происхождения на них целенаправленно подвергаются уничтожению (застырываются, замываются), либо разрушаются по прошествии значительного промежутка времени с момента совершения преступления до изъятия соответствующих объектов.

В связи с этим установление наличия, видовой и групповой принадлежности крови, а также групповой принадлежности спермы на вещественных доказательствах при использовании в экспертной практике традиционных лабораторных методов исследования вызывает определенные затруднения [11, 12].

В отечественной судебно-медицинской литературе [10, 11] освещается проблема применения люминесцентных методов в экспертной практике, в частности реакции иммунофлюоресценции (РИФ), однако эти методики не нашли широкого применения в биологических отделениях территориальных бюро судебно-медицинской экспертизы, в связи с невысоким качеством отечественных флюоресцирующих сывороток и субъективной оценкой полученных результатов [10].

Для определения наличия крови в пятнах на вещественных доказательствах многие отечественные исследователи рекомендуют применять реакцию микролюминесценции [11, 12], но этот метод является лишь ориентировочным, а не доказательным. Следует отметить, что и доказательные методы установления наличия крови в пятнах на вещественных доказательствах, применяемые в настоящее время в биологической экспертизе – микроспектральный метод и метод восходящей тонкослойной хроматографии [2], имеют субъективный характер оценки результатов (полосы спектра поглощения, синие окрашивание, которые наблюдаются глазом и никак не фиксируются приборами).

В отечественной судебно-медицинской практике для определения видовой принадлежности крови в пятнах на вещественных доказательствах применяется метод кольцепреципитации, а также встречного иммуноэлектрофореза в агаре и на полиакриламидном геле.

Для определения наличия спермы во всех судебно-биологических отделениях территориальных бюро судебно-медицинской экспертизы самым распространенными и решающими до сих пор остаются морфологические и цитологические методы обнаружения сперматозоидов [1, 12]. Основным методом для

выявления антигенов А, В и Н в пятнах спермы, как впрочем и других выделений на вещественных доказательствах, в судебно-биологических исследованиях и поныне остаются КРА и РАЭ [11]. Методы, связанные с постановкой РИФ [7], в силу ряда причин не нашли широкого применения в отечественной практике судебно-биологической экспертизы.

Следует отметить также, что, не смотря на то, что экспертиза пятен крови и спермы на вещественных доказательствах встречается часто, в определенных случаях она вызывает затруднения. К таким случаям можно отнести экспертизу следов крови и спермы с большим сроком давности их образования, а также экспертизу замкнутых и застиранных следов, образованных этими биологическими материалами [11, 12].

В отечественной судебно-медицинской литературе практически отсутствуют работы, в которых рассматривается возможность получения объективной количественной оценки результатов как поисковых, так и иммунологических реакций, применяемых для установления наличия, а также видовой и групповой принадлежности крови и групповой принадлежности спермы в пятнах на вещественных доказательствах.

Таким образом, в настоящее время для проведения судебно-медицинских экспертиз назрела острая необходимость в разработке и внедрении новых методов установления наличия, видовой и групповой принадлежности крови, а также наличия и групповой принадлежности спермы, обладающих значительно большей чувствительностью по сравнению с существующими общепринятыми методиками исследования и имеющих объективную количественную оценку полученных результатов исследования.

Для решения вопроса проведения судебно-медицинских экспертиз полезную информацию можно получить применив новейшие чувствительные методы иммунохимического анализа: иммунохроматографические тест-полоски, иммуносенсоры, современные методы сухой химии [3, 4, 5, 13], которые пока не находят широкого применения в судебной медицине.

Нами планируется разработать высокочувствительные методы иммунохроматографического анализа для нужд судебно-медицинской экспертизы.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ МОРФОГЕНЕТИЧЕСКИХ БЕЛКОВ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

Д.Т. Хасьянов (II курс, педиатрический факультет)
Научный руководитель – д.м.н., доц. Коханов, О.А. Луцева

*Кафедра общей гигиены
(зав. – д.м.н., проф. В.С. Рыбкин)*

Рост волос, являющихся неотъемлемой частью покровов тела млекопитающих, во многом обязанных своим теплокровием именно строению кожи и ее способностью к оволосению, также является следствием дифференцировки стволовых клеток - полипотентных клеток кожи. Волосной фолликул образуется из эпителиальных стволовых клеток, дифференцировкой которых «руководят» клетки волосного сосочка (ВС-клетки, “Dermal papilla cells”), выделяя в межклеточную среду определенные морфогенетические факторы. Считается, что ВС-клетки управляют стадиями развития фолликула и, следовательно, ростом и обновлением волос [1].

Клетки волосного сосочка - это сигнальный центр, координирующий работу эпителиальных и мезенхимальных клеток различных типов. Уникальные свойства ВС-клеток определяются активностью генов и биохимическими факторами, которые ВС-клетки выделяют в среду факторы роста [2].

Установлено, что среди 184 генов, составляющих «генетический профиль» ВС-клеток, восемь являются рецепторами и восемь — факторами роста, специфичными только для этого типа клеток.

Последние исследования показали, что, будучи изъятными из ткани и помещёнными на питательную среду, ВС-клетки теряют способность индуцировать образование фолликула. Оказалось, эту способность ВС-клеткам придают костные морфогенетические белки (в частности, КМБ-6, один из членов семейства костных морфогенетических белков) (КМБ или BMP, “Bone morphogenetic protein”) - цитокинов, главной функцией которых является регулировка развития костной и хрящевой ткани.

Кроме участия в формировании опорно-двигательной системы, эти белки играют роль в управлении дифференцировкой и пролиферацией эпителиальных стволовых клеток - как во взрослом организме, так и в эмбриогенезе [2, 3].

Установлено, что костные морфогенетические белки, представляющие собой низкомолекулярные растворимые трансмембранные гликопротеины, существуют в виде димеров, связанных между собой дисульфидными связями. Хотя КМБ первоначально были выделены благодаря своей способности гетеротопически индуцировать образование кости в стандартных условиях, тем не менее, не все члены данного семейства участвуют в процессе костеобразования. Так, например, КМБ 2, 4, 6 и 7 являются наиболее активными факторами роста и дифференциации [1, 3, 8]. Из них КМБ-2 и КМБ-7 (ОБ-1) особенно хорошо исследованы как в экспериментах на различных животных, так и человеке [1, 3, 7, 8, 12].

Как выяснилось, кроме участия в формировании опорно-двигательной системы, эти белки из семейства цитокинов играют роль в управлении дифференцировкой и пролиферацией эпителиальных стволовых клеток — как во взрослом организме, так и в эмбриогенезе.

Технология их выделения и очистки предполагает те же этапы, которые используются при выделении КМБ из костного материала: гомогенизация, промывка, обезжиривание стромальных элементов, кислотная экстракция, лиофильная сушка, депротеинизация, диссоциация КМБ мочевиной в кислой среде и доочистка конечного продукта комбинацией хроматографических методов.

Цель работы: разработать метод очистки и получение препарата костного морфогенетического белка и антител к нему с целью воздействия на клетки волосяного фолликула и зубных зачатков.

Мы предлагаем новый способ воздействия на зубные зачатки с помощью аппликаций препаратов с антителами к КМБ.

КЛИНИЧЕСКАЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

ИССЛЕДОВАНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА АТОНАЛЬНОЙ МУЗЫКИ

А.О. Кожевникова

(V курс, факультет клинической психологии)

Научный руководитель – д.м.н., профессор Л.П.Великанова

Кафедра наркологии, психотерапии и правоведения

(зав. – д.м.н., профессор Л.П.Великанова)

Музыкотерапия – динамично развивающееся направление в психотерапии и психокоррекции: изучаются физиологические механизмы влияния музыки, ее образное содержание, разрабатываются новые методики работы. Однако по прежнему узким остается спектр используемых направлений – это, в первую очередь, европейская классическая и церковная музыка, восточная медитативная и храмовая музыка, менее распространено использование фольклорной музыки. [1] Эти направления, с одной стороны, мало популярны в определенных социальных и возрастных группах (в частности, в подростковой среде), что провоцирует ненужное в работе напряжение, с другой активно используется в рекламных компаниях и кинематографе (особенно классическая музыка), в результате чего ее переживание наполняется внешними ассоциациями, препятствуя личностному переживанию, которое и необходимо в музыкотерапии.

Таким образом, расширение спектра используемых музыкальных направлений, исследование их терапевтического потенциала – одна из актуальных задач развития музыкотерапии.

Настоящее исследование посвящено изучению этих аспектов атональной музыки. Это направление сложилось в начале XX века в Австрии, наиболее яркие представители – А. Шенберг и А. Веберн. Атональная музыка отличается отказом от фиксированного тонального центра в пользу равенства всех звуков хроматизма. Имея генетическую связь с классической европейской традицией, атональная музыка представляет собой переосмысление ее основ, попытку поиска иной музыкальной гармонии. Идеи атональности лежат в основе многих современных музыкальных направлений. Примером «чистой» современной атональной музыки могут служить некоторые отрывки саундтреков к триллерам и картинам подобных направлений. [2]

В изученной нами литературе не было обнаружено подробных исследований психологического влияния атональной музыки. На основании изучения психологического влияния отдельных средств музыкальной выразительности, культурной ситуации зарождения и развития атональной музыки и особенностей преобладающих в ней архетипических музыкальных форм мы предположили, что атональная музыка оказывает преимущественное влияние на уровень тревожности и психического напряжения.

Эмпирическое исследование проводилось на базе детского отделения ОБГУЗ «Наркологический диспансер» г. Астрахани. Выборку составили 30 подростков в возрасте от 12 до 16 лет (средний возраст выборки 14,7 лет), находившихся на лечении в стационаре в связи со злоупотреблением алкоголем или никотином, среди них 14 девочек, 16 мальчиков. Выборка была разделена на три группы: 1- экспериментальную (n=12), участвовавшую в коррекционной программе с применением атональной музыки, 2- контрольную (n=10), участвовавшую в коррекционной программе с использованием классической европейской музыки и дополнительную (n=8), в реабилитационную программу которых не входила музыкотерапия. Все участники исследования получали стандартное медикаментозное лечение.

Все испытуемые на 3-5-ый день нахождения в стационаре перед началом проведения психокоррекционных программ проходили психодиагностическое обследование с помощью метода цветочных выборов (модификация восьмицветового теста Люшера). Анализ цветового ряда дает информацию об эмоциональном состоянии человека (уровня тревоги, в частности), его субъективной оценке актуальной ситуации, предпочитаемых способах поведения и психологической защиты. [3] Распределение испытуемых по группам проходило в случайном порядке, независимо от результатов первой диагностики. С каждым

испытуемым проводилось три или четыре индивидуальных коррекционных занятия и шесть-семь сеансов групповой аутогенной тренировки. По завершению коррекционной программы за 2-3 дня до выписки проводилась повторная диагностика.

Сравнение показателей уровня тревоги в каждой группе до и после прохождения коррекционной программы с применением Т-критерия Вилкоксона показало, что уровень тревоги снизился в экспериментальной группе (при $p < 0,01$), в то время как в остальных группах значимо не изменился (хотя отличие в контрольной группе выраженнее, чем в дополнительной).

Попарное сравнение групп с применением U-критерия Манна-Уитни установило статистически значимые различия в уровне тревоги (при $p < 0,05$) между экспериментальной и дополнительной группами, при этом отличия в уровне тревоги между контрольной и дополнительной группами более выражены, чем между контрольной и экспериментальной. Сравнение трех выборок с применением H-критерия Крускала-Уоллиса позволил установить (при $p < 0,05$) следующую последовательность снижения уровня тревоги: больше всего выражено в экспериментальной группе, меньше – в дополнительной, контрольная группа занимает промежуточное положение.

Анализ ранга каждого цветового эталона в ряду с применением H-критерия Вилкоксона установил, что для экспериментальной группы характерно смещение вправо черного(7) (при $p < 0,01$), серого(0) и коричневого(6) (при $p < 0,05$) цветов и, одновременно, смещение влево желтого(4) и фиолетового(5) (при $p < 0,05$); в других группах не было выявлено статистических значимых отличий в распределении цветов. В целом характерно перемещение ярких цветов к началу, а ахроматических – к концу, что свидетельствует о снижении уровня тревоги и психического напряжения, ослаблении защитных механизмов, меньшей степени фрустрации базовых потребностей. [3]

Полученные результаты говорят о том, что применение атональной музыки в психокоррекции способствовало снижению уровня тревоги в большей степени, чем использование классических композиций или отсутствие музыкотерапии в реабилитационной программе. Значимые изменения конфигурации цветового ряда так же говорит о стабилизации эмоционального состояния, повышению уровня адаптации. Символично и перемещение в начало желтого – цвета надежды, связанного с эмоциональностью, открытостью и общительностью.

Таким образом, первоначальная гипотеза о влиянии атональной музыки на уровень тревожности подтвердилась результатами исследования. Малый объем выборки определяется пилотным характером исследования, но обозначившиеся тенденции свидетельствуют о перспективности дальнейших исследований в этой области.

ЗАВИСИМОСТЬ ОТ КОМПЬЮТЕРНЫХ ИГР У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

А.В. Сидоренко (VI курс, лечебный факультет)
Научный руководитель – д.м.н., профессор Л.П.Великанова

Кафедра наркологии, психотерапии и правоведения
(зав. – д.м.н., профессор Л.П.Великанова)

*«Мы превратили виртуальный
мир в пародию на реальную жизнь...
Но мы не можем изменить мир.
И эта пародия лишена смысла.
Она — не рывок вперед,
а лишь шаг в сторону».*
С. Лукьяненко

Введение

Для некоторых людей игра на компьютере становится объектом такого же нездорового интереса, как для кого-то – алкоголь, наркотики или азартные игры. В психологической науке зависимость от компьютерных игр называется киберзависимостью. Киберзависимость становится сложной проблемой современного общества [4].

Больше всего к компьютерной зависимости подвержены подростки. В виртуальном компьютерном мире легко можно стать кем угодно. Для этого не нужно прилагать много усилий, не надо соблюдать правила взрослых, не нужно скрывать агрессию. Достаточно только «загрузить» игру. В результате продолжительного пребывания за компьютером в ущерб общению с близкими, сверстниками деформируется психика подростка, а так же ухудшается его физическое состояние [1].

Бесконтрольная игровая компьютерная деятельность приводит к усилению процессов метаболизма, интенсификации деятельности сердечно-сосудистой системы. «Заинтересованных игроков» отличает эмоциональная внешняя холодность, эгоцентризм, конфликтность, постоянное фантазирование, отсутствие интереса к чему бы то ни было [3].

В классификации Михаила Иванова 2003 года компьютерные игры делятся на два класса со своими подклассами [2]:

I. Ролевые компьютерные игры.

1. Игры с видом «из глаз» «своего» компьютерного героя.

2. Игры с видом извне на «своего» компьютерного героя.

3. Руководительские игры.

II. Не ролевые компьютерные игры.

1. Аркадные игры.

2. Головоломки

3. Игры на быстроту реакции

4. Традиционно азартные игры.

Формирование игровой психологической зависимости проходит четыре стадии [5]:

1. Стадия легкой увлеченности.

2. Стадия увлечения.

3. Стадия зависимости.

4. Стадия привязанности.

Цель исследования

Целью исследования явилось выявление признаков зависимости от компьютерных игр у подростков, обучающихся в СОШ.

Методы исследования

Для выявления признаков зависимости от компьютерных игр у подростков, нами было проведено анкетирование учащихся трех 6-х классов СОШ № 33 им. Н. А. Мордовинной. Анкеты были анонимными. В анкетировании приняло участие 63 школьника. Учащимся было задано 18 вопросов: 16 вопросов с вариантами ответов и 2 вопроса с ответом в произвольной форме. В них участники указали свой возраст и любимый предмет в школе.

Основная часть

По данным проведенного анкетирования средний возраст учащихся составил – 12 лет. Среди школьников больше было юношей, чем девушек, что составило 32 (51%) и 29 (46%) человек соответственно. Двое подростков (3%) пол не указали.

Как следует из полученных данных, 40% школьников проводят свободное время за компьютерными играми. У большей части школьников (65%) время, проводимое за игрой, составляет 1-2 часа, у 19% - 3-4 часа и у 10% - 5 часов и более.

Особое внимание следует обратить на школьников, настроение которых улучшается после игры на компьютере (24%); 9% продолжают думать об игре на компьютере и во время занятий в школе; 7% отдают приоритет игре. Все эти показатели могут свидетельствовать о развивающейся психической зависимости от компьютерной игры.

В 37% случаев выявлены признаки дезадаптации - конфликты с родителями по поводу игр (в 2% - явные, в 14% - латентные, так как школьники скрывают от родителей игру на компьютере); у 21 % школьников – причина невыполнения домашних заданий.

Выводы

По результатам нашего анкетирования признаками кибераддикции являются следующие факторы: 1) Компьютерные игры занимают в жизни обучающихся первое место среди других вне школьных занятий и увлечений. 2) Среднее время, потраченное на компьютерную игру, – 5 часов. 3) Настроение после игры улучшается. 4) Возникают конфликты с родителями по поводу компьютерных игр. 5) Школьники не выполняют домашние задания, используя свободное время на компьютерные игры. 6) Компьютерные игры заменяют у школьников живое общение с друзьями. У 8 % проанкетированных школьников присутствуют все шесть признаков.

Таким образом, у 8% подростков 4-6 признаки указывают на риск развития зависимости от компьютерных игр или даже формирование психической зависимости.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ФЕНОМЕНА МАТЕРИНСТВА У ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ЭТНОСОВ АСТРАХАНСКОГО РЕГИОНА

А.Г. Григорян (I курс, педиатрический факультет)
Научный руководитель – к.псх.н., доц. Т.А. Смахина

*Кафедра медицинской психологии и педагогики
(Зав. – к.м.н., доц. Л.А. Костина)*

Материнство самая древняя из ипостасей женщины. На протяжении веков положение женщины в обществе всегда связывалось именно с этим феноменом. Материнство всегда архаично и всегда современно. В нем отдельный человек соединен со всей природой, культурой и историей. В своих исследованиях В. А. Рамих подчеркивает, что материнство отражает накопленный народом опыт, «выстраданные им ценности, нормы и ориентиры».[3] .

Нам бы хотелось показать насколько ценно, и почитаемо материнство у различных этнических групп представленных в нашем регионе.

У разных народов, особенно земледельческих, почитание земли являлось одним из самых распространенных культов, а сам образ земли считался божественным источником рождения всего живого. Земля как порождающее начало идентифицируется нашими предками с образом матери. У древних славян почитание Матери – земли впоследствии трансформировалось в культ Богородицы.

Свою любовь и признательность женщине-матери народ выражал во многих поговорках и пословицах: «Нет такого дружка, как родимая матушка» » При солнце тепло, при матери добро».[4].

Утверждая идеал женщины-матери, народ в то же время выражал свое отрицательное отношение к матерям, недостойным называться этим именем: «Зверей всех свирепее злая мать»; «Детям не порча игрушка, а порча плохая мать да прислужка».[4].

Те же тенденции отношения к материнству прослеживаются и у народов Северного Кавказа.

У чеченцев, пожалуй, как ни у одного другого народа бывшего СССР сохранились традиционные основы семейного уклада. В семье девочка, начиная с самого раннего возраста, включена в процесс, который можно назвать накоплением материнского достоинства. Вначале она всячески угождает отцу и брату. Выйдя замуж, в чужом доме, молодая невестка попадает в особенно сложную ситуацию. По народному чеченскому речению она должна соблюдать гыллакхаш (этикетные нормы) и вести хозяйство. С рождением детей статус невестки растёт. И, наконец, она достигает того высокого уровня матери, который граничит, чуть ли не с обожествлением. Широко известно в Чечне правило, по которому преследуемый может быть спасен, если коснется подола чей-то матери. Чеченцы стойчески относятся к уходу человека из жизни.

Плакать, чеченцу позволено только по поводу смерти матери.

У всех народов главная миссия женщины заключалась в ее практической деятельности по воспитанию последующих поколений через укрепление в них нравственных начал. Так и у калмыков женщина является сосредоточением воспитательных устоев. Она пользовалась почетом, ей отводилась важная роль в жизни семьи и общества. Бывало, при потере мужа она взваливала на свои плечи всю тяжесть проблем по воспитанию детей. Документально такой случай зарегистрирован еще в "Сокровенном сказании монголов", когда мать Темучина - будущего Чингисхана Оэлен-эке, после гибели мужа - знаменитого Есугей-багатура, одна воспитала своих сыновей достойными продолжателями славных дел их отца и деда. Можно добавить, что и любимая жена Чингисхана Бортэ также была замечательной матерью, ибо все рожденные ее сыновья: Джучи, Чагатай, Угедей, Толуй - не уронили чести родной семьи.[8].

Г.Н. Прозрителев, в своей работе «Военное прошлое наших калмыков», отмечает: «Нельзя здесь не сказать о калмыцкой женщине, калмычке-жене, калмычке-матери. Страстная любовь к детям, преданность своей семье, своему очагу, привязанность к мужу и полное отсутствие преступности среди женщин, рисуют во весь рост эту степную обитательницу, живущую в самых тяжелых условиях экономических и общественных». [6] .

Отношении к матери калмыки выражали в пословицах: « Хорош ли ребенок, узнают по матери», «Люди приходят в дом, почитая мужа, а уходят - славя жену». [3].

Во времена сибирской ссылки, как и всегда в периоды великих потрясений, именно самопожертвование калмыцкой женщины, ее терпение и трудолюбие, внимание и забота спасли народ от неминуемой гибели. В Элисте, как знак вечной благодарности, установлен памятник Матери, и весьма показателен тот факт, что самой любимой и популярной в народе песней является "Ээджин дун" (Песня о матери).

В традициях разных народов существует дошедший из глубочайшей древности пласт обычаев, обрядов и действ, связанных с зачатием, беременностью и родами. На сегодняшний день в татарской деревне сохранились древние традиции, обычаи, народные медицинские знания о сохранении здоровья матери и ребенка, которые на протяжении веков дополнялись, изменялись под влиянием различных культур и верований. Так, беременной женщине не позволялось делать резких движений, поднимать тяжести, париться в горячей бане. Счита-

лось, что беременной нельзя отказывать в том, что она страстно желала, поскольку это могло отразиться на ребенке. Интересно, что в основном женщину берегли от эмоционального напряжения, драки были не просто не возможными, а считались греховными.

Для того чтобы женщина могла зачать и произвести на свет здорового ребенка, в первую очередь ей самой необходимо быть здоровой. В связи с этим народной мудростью выработаны общие гигиенические запреты для молодых, не рожавших девушек.

Все народы к бездетности и рождению детей относились одинаково: бездетность считается величайшим горем, наказанием, а рождение ребенка праздником и наградой свыше. Бездетность воспринималась как большое несчастье не только для супругов, но и для всех родственников. Особенно тяжелым было положение бездетной женщины как главной виновницы несчастья. Такую женщину называли корык (сухая), орлыксыз (без семени). С целью излечения от бесплодия женщины обращались к знахаркам и повитухам, которые лечили болезнь, сочетая рациональные и магические приемы народной медицины.

В Вагайском районе Тюменской области находится почитаемый татарами мавзолей Хакима-аты, рядом с которым похоронена его легендарная жена Амбар-анна. Это святое место считается исцеляющим многие болезни, в том числе и бесплодие. Женщины-татарки дают садака памяти Амбар-ана и других святых, а также устраивают аш – угощение.

Сосредоточением всех воспитательных начал и родительского счастья у представителей тюркско-улусского этноса была семья с ее прочным укладом, традициями и обычаями. Создательницей и хранительницей семьи считалась женщина. С малых лет будущие казахские жены и матери наблюдали, как нужно готовить еду, встречать гостей, обустраивать юрту, ведь уже в 13-15 лет девушку отправляли замуж.

В XVIII веке исследователь Южной Сибири и тюркских народов Василий Радлов отмечал: «В племени особым уважением пользовались женщины, имеющие много детей. Некоторые почтенные байбише даже могли управлять родом».[5] .

Ребенок считался самым ценным, что есть у человека. Не зря примирившиеся враги в знак того, что никогда больше не будут воевать друг с другом, сватали своих детей или даже отдавали их друг другу на воспитание.

Многие ученые, среди которых Рамих В. А., Филиппова Г. Г., Иорданский В. Б. считают, что человеческая культура в своих глубинных основаниях является матриархальной. В культурно-историческом плане материнство выступает как точка отсчета, «золотой запас» нашей культуры. Несмотря на девальвацию материнства в современном массовом сознании, этот факт позволяет считать проблему материнства в качестве наиболее актуальных и приоритетных для России.

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В КУЛЬТУРЕ

С.К. Бухарцева

(I курс, факультет клинической психологии)
Научный руководитель – асс. Ю.А. Сторожева

*Кафедра медицинской психологии и педагогики
(зав. - к.м.н., доц. Л.А. Костина)*

Влияние культуры распространяется на многие аспекты нашей жизни, в том числе и на формы поведения, связанные с половой принадлежностью. За последние 20-30 лет произошёл пересмотр общепринятых взглядов в отношении культурных норм, касающихся поведения мужчин и женщин. Традиционные гендерные роли предполагают, что мужчины должны быть сильными, независимыми, самостоятельными и эмоционально сдержанными, а женщины должны быть зависимыми, слабыми, заботливыми и эмоциональными. Однако возникает вопрос: всем ли культурам присущи именно эти представления о гендерном поведении?

Гендерные психология утверждают, что далеко не всем культурам свойственны одни и те же проявления гендерных различий. Лишь некоторые гендерные стереотипы универсальны для всех культур; к ним относятся представления об агрессивности, силе и эмоциональной невосприимчивости как об отличительных особенностях мужчин, а также о слабости, покорности и эмоциональности как о чертах, присущих женщинам. Однако гендерные исследования показывают, что степень, а в ряде случаев и направленность подобных различий варьирует от культуры к культуре.

В частности, Рао и Рао провели сравнительный анализ полоролевых стереотипов в США и Индии и обнаружили, что среди индусов распространены значительно более традиционные стереотипы, связанные с ролью матери, жены и отца, чем среди американцев. Исследования Тромедорфа и Иваваки, изучавших гендерные ролевые различия между немецкими и японскими подростками, показали, что, по мнению опрошенных из Японии, матери принадлежит более контролирующая роль в семье, чем отцу, тогда как для

немецких подростков характерно противоположное мнение. Согласно полученным ответам, японцы придерживаются более традиционных взглядов на гендерные роли, чем немцы. [1]

Исторически сложилось так, что практически в любой культуре женщины и мужчины выполняли разную работу. Разделение труда по половому признаку, вероятно, возникло из-за физических различий, связанных со способностью женщин к деторождению и вскармливанию, а также с большими физическими размерами и силой мужчин.

По данным ООН, во всем мире рабочие места разделены по половому признаку. Разделение труда на основании гендера начинается рано, с детских домашних обязанностей. Например, в Мексике, Сальвадоре, Аргентине, Южной Африке, Перу, США и Пакистане девочки обычно готовят, убирают, стирают и присматривают за младшими детьми, в то время как мальчики делают больше "уличной" работы, например помогают на дворе (в саду). Несмотря на то что разделение труда на основании гендера является правилом, конкретные виды работы, выполняемые разными полами, не обязательно совпадают. Например, в Сенегале за рисовыми полями ухаживают женщины, в то время как в Сьерра-Леоне этим занимаются мужчины, на севере Центральной Африки главными специалистами по земледелию являются женщины, а в Латинской Америке - мужчины. Мужские и женские занятия со временем изменяются в силу технологических, экологических или политических перемен. Тем не менее неизменным остается то, что мужчинам и женщинам поручают разные задания, и поэтому в какой-то мере они живут в отдельных мирах. [1]

Несмотря на то, что существуют значительные кросс-культурные различия в отношении работ, выполняемых мужчинами и женщинами, в любом обществе женщины продолжают выполнять большинство работ по хозяйству и воспитывать детей. Меньшая вовлеченность отца была засвидетельствована в таких разных странах, как Западная Африка ; Китай; Белиз, Кения, Непал и Самоа; Таиланд; США; Япония; и Пуэрто-Рико. Во всем мире отцы, как правило, занимаются детьми одну треть того времени, которое тратят на это матери, хотя есть и несколько исключений, таких, как пигмеи юга Центрально-Африканской Республики и севера Народной Республики Конго. Лэм предположил, что такое разделение труда по половому признаку по уходу за детьми было усугублено индустриализацией, которая требовала, чтобы отцы на долгое время покидали дом и были заняты на работах, где присутствие детей рассматривалось как неуместное. Более того, изменения на рынке труда уничтожили традиционный для отцов способ проведения времени со своими детьми (а именно обучение детей семейному ремеслу, например фермерству). Там, где в силу особенностей труда мужчины больше проводят времени с семьей, соответственно они и больше вовлечены в воспитание детей. [2]

Кроме того, отнесение человека к той или иной группе по гендерному фактору присутствует в каждой культуре, что объясняется, скорее всего, разделением труда по половому признаку и становлением культурных норм, поощряющих гендерные различия. Вспомните также теорию социальных ролей Игли. Согласно этой теории предполагается, что гендерные стереотипы вырастают из разных ролей, занятых мужчинами и женщинами. Распределение полов по разным социальным ролям приводит к неким социальным нормам, в соответствии с которыми женщины и мужчины ведут себя определенным образом. Например, ожидается, что женщины более чувственны, экспрессивны и эмоциональны, нежели мужчины, а мужчины мужественны, независимы, напористы.

Наиболее широкий охват материала в области кросс-культурных убеждений, связанных с различиями в психологических чертах мужчин и женщин (стереотипы гендерных черт), на сегодня представлен психологами Джоном Вильямсом и Деборой Бест в их книге «Измерение стереотипов, связанных с полом: исследование тридцати народов». Она начинается со следующего утверждения:

«Представьте себе, что разговариваете с другом, который описывает двух неизвестных вам людей. Об одном говорится, что он смелый, властный, грубый, доминирующий, независимый и сильный, в то время как другого описывают как нежного, зависимого, мечтательного, эмоционального, сентиментального, покорного и слабого... Если вам проще представить себе первого человека мужчиной, а второго – женщиной, то вы только что продемонстрировали знание стереотипов половых черт. Имеет ли значение ваша национальность? Скорее всего, нет. Вы могли бы быть из Канады, Перу, Нигерии, Пакистана или Японии. Во всех этих странах черты, включенные в первую группу, считаются в большей степени характерными для мужчин, чем для женщин, а черты, объединенные во вторую, считаются характерными скорее для женщин, чем для мужчин» [3]

В каждой стране существует свое предпочтение к женским и мужским стереотипам. Как показывают исследования большую роль играет религия. Женские стереотипы более благоприятны в тех странах, чьи традиции включают в себя поклонение божествам женского пола и где женщинам позволено участвовать в религиозных церемониях. Культура каждой страны индивидуальна, в ней есть и отличия и сходства с остальными, в каждой стране существуют свои культурные обычаи. Мы не должны рассчитывать на то, что сумеем до конца понять людей из других стран. Мы должны уважать культуру каждой страны. Гендерное равенство и культурное разнообразие могут иногда приходиться в противоречие друг с другом, но уважение культурного разнообразия не требует безусловного принятия всех культурных обычаев. Существует несколько универсальных ценностей, таких как, гендерное и расовое равенство, которые должны заставлять нас придирчиво относиться к некоторым культурным обычаям и добиваться их изменения.

ГЕНДЕРНЫЙ ФАКТОР, КАК ФАКТОР, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЙ ПОНИМАНИЕ В МЕЖЛИЧНОСТНОМ ОБЩЕНИИ

Г.Н. Баймуханова (V курс, педиатрический факультет)
Научный руководитель – к.п.н., доц. Н.Н. Касаткин

*Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф
(зав. – к.п.н., доц. Н.Н. Касаткин)*

В условиях выраженных изменений в поло-ролевой стратификации общества фактор пола является важнейшей составляющей любого серьёзного анализа в области социально-гуманитарных наук, претендующего на объективность и научность.

По мнению Т. Исаевой и С. Рожковой существует два субъекта формирования феномена «гендер». С одной стороны, это общество, которое стремится к структурированию половых отношений и закрепляет в сознании людей определённые социально-культурные стереотипы, ограничивающие участие каждого пола в различных видах деятельности и процессах. При рассмотрении гендера в таком ключе наибольшее значение приобретают такие его характеристики как динамичность, процессуальность, культурологическая обусловленность и социальная функциональность. В то же время, с другой стороны, неверно было бы полагать, что личность совершенно безвольно соглашается на исполнение той социальной роли, которую общественные стереотипы накладывают на неё. Вся история человеческого общества, многие исторические события и социальные потрясения связаны со стремлением угнетаемого гендера скинуть с себя эту «смирительную рубашку». Гендерные исследования – это изучение того, как тот или иной социум определяет, формирует и закрепляет в общественном сознании и в сознании личности социальные роли женщины и мужчины, а также какие последствия это распределение имеет для них и для формирования культуры общения.

Говоря о гендерном факторе, как о факторе, обеспечивающем понимание в межличностном общении, с позиций системного подхода взаимопонимание можно рассматривать как условие усиления системы, её устойчивости, например, системы межличностных общений.

На уровне социальной метасистемы происходят процессы ассоциации и диссоциации. Ассоциация проявляется как процесс сближения, приспособливания, выравнивания, объединения членов социума. Диссоциация проходит ряд таких ступеней, как ослабление, выделение, отделение, разрыв связи.

Взаимопонимание на социальном уровне обеспечивается согласованностью и конвенциональностью социально-ролевых ожиданий, типичными шаблонами межличностных взаимоотношений, например, гендерными стереотипами.

Взаимопонимание детерминировано культурно-историческими, этническими, цивилизационными рамками. Это обычно рассматривается как проблема межкультурной коммуникации. Среди факторов, затрудняющих взаимопонимание в межкультурной коммуникации, чаще других упоминаются следующие: стереотипы и предубеждения, ошибочная интерпретация невербальных сигналов, допущение о естественной правильности собственных ценностей и норм, недооценка языковых различий.

Факторы, ведущие к повышению межкультурной коммуникативной компетентности (и взаимопониманию вообще) – мотивация, знания, навыки. К факторам мотивации относятся само желание партнеров прийти к взаимопониманию, значимость контакта, взаимная симпатия, открытость для новой информации.

Факторы знания включают представления об объекте и ситуации, знание сходства и различий, допущение возможности более чем одной точки зрения, знание альтернативных интерпретаций. Среди навыков важны эмпатия, навыки постоянного сбора и обновления информации, создания новых категорий, коррекции своего поведения. Это те качества коммуникантов, которые способствуют взаимопониманию в общении.

Понимание связано не столько с получением новых знаний, а сколько с процедурами его интерпретации, надления смыслом. Именно интерпретация является важной психологической составляющей понимания. Смыслом для субъекта оказывается познавательное отношение к содержанию познания. В то же время, знания являются психологическим предпосылками и основанием для его формирования. В связи с этим остро встает проблема влияния гендерных различий на межличностное понимание, поскольку знания о них (о типичном поведении, реакциях и способностях), трансформируют картину мира и его восприятие, влияя на эффективность понимания и взаимодействия между людьми.

Существует несколько подходов к изучению различий между представителями двух полов, которые условно можно разделить на биологический, этнологический, антропологический, и социальный и психологический. В каждом из этих подходов выделяют определенные детерминанты, влияющие на появление этих различий. Для того, чтобы найти определённые стереотипы многие исследователи просмотрели около двух тысяч источников по половым различиям в сфере мотиваций, социального поведения и умственных способностей.

Целью исследования было подтверждение (или наоборот опровержение в случае отсутствия необходимых научных доказательств) существующих стереотипов. Ряд авторов пишут, что существующие в социуме полоролевые стереотипы оказывают сильное влияние и на процесс социализации детей, во многом определяя его направленность. Так, например, воспитатели, исходя из представлений о типичных качествах мужчины и женщины, сами того не осознавая, поощряют проявление именно этих полоспецифичных черт. Таким образом, гендерные различия между мужчинами и женщинами проявляются во многих сферах человеческого жизни, оказывая подчас негативное влияние на взаимодействие между представителями двух полов. Одной из составляющих этой проблемы является недостаток взаимопонимания.

Ситуации общения человека с представителями группы, по отношению которой уже есть сложившийся стереотип, порождают возникновение стереотипов понимания. Так, от женщин ожидается, что они будут более заботливы, относительно чувствительны и более экспрессивны, в то время как мужчины - настойчивы, авторитарны и более настроены на соперничество.

Среди работ на тему влияния гендерных различий на понимание, которые легли в основу экспериментальной части этой работы, можно выделить следующие. Edwards (1998) исследовал интерпретацию сообщений как мыслительного процесса, обязательно сопровождающего общение. Результаты исследования показали, что мужчины более склонны, по сравнению с женщинами, интерпретировать сообщения в терминах контроля, в то время как женщины - в терминах поддержки. Об этом же пишет и Таннен: женщины склонны интерпретировать сообщение в соответствии уровня солидарности, предъявляемый ими к сообщению, мужчины же - согласно воспринятому использованию власти (theperceiveduseofpower).

Важным условие взаимопонимания в процессе общения является не столько умение адекватно определить психологические особенности партнера, а сколько способность увидеть как именно эти особенности преломляются через призму его системы ценностей. Преломление этих способностей раскрывается при анализе условий, соблюдение которых необходимо для установления взаимопонимания:

- мнемическое
- целевое
- эмпатическое
- нормативное

Различия в целевых условиях можно обнаружить в ситуациях, когда мужчины и женщины делятся значимыми переживаниями. Многие мужчины представляют себя в роли человека, готового разрешить любые проблемы (когнитивная сторона общения). Женщинам же чаще необходимо не это при решении эмоциональных проблем: им нужно понимание и выражение симпатий (подход Я-Понимаю или Я-Сожалею, а не Я-Знаю-Как-Решить-Проблем), т. е. большая эмпатия, процесс сопереживания (эмпатийная сторона), а не действие и не результат.

Итак, гендерные различия являются одним из существенных факторов, обеспечивающих понимание в межличностном общении.

УСЛОВИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ РЕБЕНКА ДОШКОЛЬНИКА

Н.Д. Темирбулатова

(I курс, факультет клинической психологии)

Научный руководитель – асс. Н.Ю. Дружинина

*Кафедра медицинской психологии и педагогики
(зав. - к.м.н., доц. Л.А. Костина)*

Дошкольный возраст, как писал а.н.леонтьев, это “период первоначального фактического склада личности”. Именно в это время происходит становление основных личностных механизмов и образований. Развиваются тесно связанные друг с другом эмоциональная и мотивационная сферы, формируется самосознание. Исследования, посвященные изучению эмоционально-волевого развития личности ребенка дошкольного возраста, проводились многими отечественными и зарубежными учеными и исследователями (г. М. Бреслав, в.к. виллонас, а.в. запорожец, к.э. изард, я.з. неверович, п.в. симонов и др.).

в старшем дошкольном возрасте у ребенка складываются основные личностные характеристики. Потребности, интересы и мотивы обуславливают поведение, целенаправленную деятельность и поступки ребенка. Успех в достижении желаемых для ребёнка целей, удовлетворение или неудовлетворение их наличных потребностей определяют содержание и особенности эмоциональной и волевой жизни детей старшего дошкольного возраста. Эмоции, особенно положительные, определяют эффективность обучения и воспитания ребенка, а волевое усилие оказывают влияние на становление любой деятельности дошкольника, в том числе и

психического развития. Ребенок в старшем дошкольном возрасте должен иметь достаточный уровень произвольной регуляции эмоциональных состояний, сопровождающих реальные ситуации, способен адекватно переживать процесс переключения эмоций, овладеть такой структурой деятельности, в которой уясняются мотивы и цель, мобилизуются усилия, направляется и регулируется психическая активность.

В отличие от интеллектуального развития развитию эмоциональной сферы ребенка не всегда уделяется достаточное внимание. А ведь сама по себе эмоциональная сфера не складывается – ее необходимо формировать. Дети стали меньше общаться со взрослыми и сверстниками, а больше замыкаются на телевизионных и компьютерных, хотя именно общение в значительной степени обогащает чувствительную сферу. В современных условиях причинами нарушения эмоционально-волевой сферы являются:

- Несогласованность требований к ребенку дома и в детском саду;
- Нарушение режима дня;
- Избыток информации, получаемой ребенком (интеллектуальные перегрузки);
- Желание родителей дать своему ребенку знания, которые не соответствуют его возрасту;
- Неблагополучное положение в семье.
- Частое посещение с ребенком мест массового скопления людей т.к. родители не учитывают то, что является обычной жизнью для взрослого, может стать стрессовой ситуацией для ребенка;
- Чрезмерная строгость родителей, наказание за малейшее неповиновение, боязнь ребенка сделать что-то не так;
- Снижение двигательной активности;
- Недостаток любви и ласки со стороны родителей, особенно матери.

В связи с этим современные дети менее отзывчивы к чувствам других, не умеют общаться, находят обоюдно выгодные решения проблем, и зачастую в их поведении присутствует агрессивность. Отечественные исследователи (и. В. Алехина, н.м. амосов, п.к. анохин, м.в. антропова, и.а. аршавский, а. Баллон, а. И. Захаров, м.и. кольцова, а.д. кошелева, н. Л. Кряжева, н. М. Матяш, т. А. Павлова, н.а. степанова и др.) Связывают возникновение проблем в эмоционально-волевой сферы ребёнка с дефицитом прежде всего положительных эмоций и волевого усилия.

Вся жизнь ребенка дошкольного возраста подчинена его чувствам. Управлять своими переживаниями он еще не может. Поэтому дети, гораздо больше подвержены переменам настроения, чем взрослые. Их легко развеселить, но еще легче огорчить или обидеть, так как они почти совсем не знают себя и не умеют владеть собой. Вот почему они способны пережить целую гамму чувств и волнений за необычайно короткий промежуток времени. Настроение ребенка во многом зависит от взаимоотношений со взрослыми и сверстниками. Развитие эмоций и чувств у дошкольников зависит от ряда условий. Эмоции и чувства формируются в процессе общения ребенка со сверстниками. Сопереживание сверстнику во многом зависит от ситуации и позиции ребенка. В условиях острого личного соперничества эмоции захлестывают дошкольника, резко возрастает количество негативных экспрессии в адрес ровесника. В групповых же соревнованиях главным стержнем служат интересы группы, а успех или неудачу делят все вместе, сила и количество негативных экспрессии снижается, ведь на общем фоне группы личные удачи и неудачи менее заметны. При специально организованной деятельности (например, музыкальные занятия, чтения сказок) дети учатся испытывать определенные чувства, связанные с восприятием (например, музыки). Наиболее яркие положительные эмоции ребенок испытывает в ситуации сравнения себя с положительным литературным героем, активно ему сопереживая. Такое сравнение дошкольник проводит лишь мысленно и с уверенностью, что в подобной ситуации поступил бы так же. Поэтому негативные эмоции в адрес персонажа отсутствуют.

Эмоции и чувства очень интенсивно развиваются в соответствующем возрасте дошкольников в виде деятельности – в игре, насыщенной переживаниями. Мощным фактором развития гуманных чувств является и сюжетно-ролевая игра. Ролевые действия и взаимоотношения помогают дошкольнику понять другого, учесть его положение, настроение, желание. В процессе трудовой деятельности, направленной на достижение результата, полезного для окружающих, возникают новые эмоциональные переживания: радость от общего успеха, сочувствие усилиям товарищей, удовлетворение от хорошего выполнения своих обязанностей, недовольство от своей плохой работы.

Таким образом, эмоциональное развитие дошкольника является одним из существенных условий, обеспечивающих эффективность процесса обучения и воспитания, его различных сторон. Те высокие нравственные, эстетические и интеллектуальные чувства, которые характеризуют развитого взрослого человека и которые способны вдохновить его на большие дела и на благородные поступки, не даны ребенку в готовом виде от рождения. Они возникают и развиваются на протяжении детства под влиянием социальных условий жизни и семейного воспитания.

Значительная роль в развитии и воспитании эмоциональной отзывчивости дошкольника принадлежит семье. В семье естественным образом создаются условия для доверительного общения, в связи с чем открываются большие возможности для воздействия на внутренние, скрытые стороны психической жизни ребенка. Хорошо зная их, родители могут целенаправленно и наиболее безболезненно направлять действия и

поступки малыша в русло воспитания у него отзывчивости, гуманности, щедрости, чуткости - качеств социально важных и актуальных.

ЛИНГВИСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНЫ

РОЛЬ ПСИХОЛИНГВИСТИКИ В ИЗУЧЕНИИ ЗАКОНОМЕРНОСТЕЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Ю.Е. Есаулова
(I курс, медико-профилактический факультет)
Научный руководитель – асс. Н.А. Филатова

*Кафедра русского языка
(зав. – к.ф.н., доц. А.Х. Сатретдинова)*

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

ВОЗМОЖНОСТЬ СТЕНТИРОВАНИЯ ПРИ СТЕНОЗИРУЮЩЕМ РАКЕ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

К.Р. Агаханова (III курс, лечебный факультет)
Научный руководитель – д.м.н., проф. М.Н. Добренский

*Кафедра онкологии с курсом лучевой диагностики и терапии
(зав. – д.м.н., проф. В.В. Кутуков)*

Большинство больных раком пищевода (65–75%) к моменту установления диагноза являются неоперабельными из-за распространенности опухолевого процесса, наличия возрастных и соматических противопоказаний или отказа от предложенного хирургического пособия. В большинстве случаев поводом для обращения к врачу за специализированной помощью является нарастающая дисфагия - один из ведущих симптомов заболевания. В случаях нерезектабельности опухоли нарастание степени выраженности дисфагии практически неизбежно. Проведение паллиативного лечения этой категории пациентов зачастую оказывается реальным и оправданным. Его главной задачей является улучшение качества жизни больных и продление ее на возможно более долгий период за счет восстановления и сохранения естественного способа питания [1, 2, 3].

К традиционным методам лечения инкурабельных онкологических больных с дисфагией относятся: хирургическая операция с наложением гастростомы (реже – чрезкожная эндоскопическая гастростомия) и химиолучевая терапия. Гастростомия, устраняя симптомы дисфагии, лишает пациентов возможности естественного приема пищи через рот, ухудшает качество жизни, нарушает усваивание продуктов питания и является дополнительной психологической травмой. В связи с этим, для устранения дисфагии и восстановления питания через рот продолжают совершенствоваться и разрабатываются новые методы лечения: дистанционное облучение, брахитерапия, сочетанная лучевая терапия, химиотерапия, радиохимиотерапия, внутрипросветная эндоскопическая хирургия рака пищевода, бужирование и дилатация, химический некролиз, электрохирургический метод, лазерная коагуляция, аргонплазменная коагуляция, фотодинамическая терапия, стентирование пищевода.

В данной работе представлен современный метод, являющийся самым оптимальным при данной патологии, который освоен врачами онкодиспансера и в ближайшее время будет внедрен в практику - метод стентирования пищевода.

Стентирование (эндопротезирование) - вмешательство, выполняемое с целью восстановления и поддержания просвета различных органов желудочно-кишечного тракта для сохранения пассажа содержимого путем введения специальных трубчатых конструкций (стентов).

В настоящее время для восстановления приема пищи через рот могут использоваться два типа стентов – трубчатые пластиковые или силиконовые и саморасправляющиеся металлические стенты. Установка последних менее травматична, поскольку они расширяются после введения, достигая заданного диаметра (от 16 до 22 мм). Установка стента не требует проведения седации, эндоскопического контроля этой стадии. Кроме этого отмечается достаточно низкая частота осложнений, связанных с установкой этих видов стентов, а так же развития таких осложнений как пищеводно-респираторные свищи или кровотечения. При миграции стента, продолжающемся росте опухоли, возможно повторное стентирование по типу «стент-в-стент».

Показания для стентирования пищевода и кардии значительно расширены. Помимо паллиативного лечения инкурабельных онкологических больных с первичной стенозирующей опухолью, стенты используются:

а/ при опухолевой компрессии пищевода (рак легкого и опухоли средостения); б/ при рецидиве рака пищевода или желудка со стенозом в зоне пищеводно-желудочного или пищеводно-кишечного анастомоза; в/ при раке пищевода, осложнившимся пищеводно-трахеальным или пищеводно-бронхиальным свищем; г/ при послеоперационной несостоятельности пищеводно-желудочного или пищеводно-кишечного анастомоза; д/при острой ятрогенной перфорации стенки пищевода; е/ при остром кровотечении из расширенных варикозных вен пищевода [4, 5].

В Московском научно-исследовательском онкологическом институте им. П.А. Герцена (МНИОИ им. П.А.Герцена) за период с 1987 по 2008 год накоплен клинический опыт эндоскопического лечения 338 больных со стенозирующим раком пищевода и желудка[3]. После стентирования при опухолевом стенозе пищевода, желудка или зоны анастомоза во всех случаях устранена дисфагия. Больные получили возможность приема через рот жидкой, кашцеобразной пищи и сбалансированного полноценного питания. В исследованной группе больных после успешной реканализации и стентирования показатель тридцатидневной летальности составил – 14 %, а медиана выживаемости – 12 мес. Наилучшие результаты (с максимальной выживаемостью 23 месяца) достигнуты в группе из 54 больных, которым после установки стента была проведена, по разработанной ими методике, многокурсовая эндоскопическая фотодинамическая терапия с лазерным облучением опухоли через полупрозрачную стенку эндопротеза.

Выводы

Комплексное использование возможностей современных методов эндоскопического лечения открывает перспективы для проведения полноценной паллиативной терапии инкурабельных больных с распространенным, стенозирующим раком пищевода и кардии. Данные исследований, проведенных в МНИОИ им. П.А.Герцена свидетельствуют о целесообразности использования метода и в других регионах страны, в частности в Астраханской области.

ПЕРВИЧНО МНОЖЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ОРГАНОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

Е.С. Почукаева (V курс, педиатрический факультет)
Научный руководитель – д.м.н., проф. М.Н. Добренький

*Кафедра онкологии с курсом лучевой диагностики и терапии
(зав. – д.м.н., проф. В.В. Кутуков)*

Актуальность проблемы первично множественных опухолей органов репродуктивной системы определяется рядом взаимосвязанных причин и обстоятельств: нарастанием в популяции так называемых болезней цивилизации (ановуляция, бесплодие, ожирение, сахарный диабет), изменениями стиля сексуального поведения (раннее начало половой жизни) и увеличением онкологической заболеваемости. Определенный прогресс в раннем выявлении и лечении рака обеспечил увеличение показателей выживаемости. Указанные факторы привели к повышению реального клинического значения синхронных и метасинхронных полинеоплазий.

Цель исследования сводилась к тому, чтобы изучить клинко-морфологические особенности первично множественных опухолей органов репродуктивной системы, обозначить комплексные подходы в их диагностике, с выделением групп риска по возникновению множественных онкологических заболеваний. Также проанализировать различные комбинации первично множественных опухолей с выявлением частоты встречаемости синхронных и метасинхронных опухолей и оценить относительную вероятность развития вторых опухолей у лиц, находящихся в группе риска.

Материал и методы. При определении признаков первичной множественности опухолей за основу взяты критерии, предложенные watson и gates (1932) [7] в дальнейшем уточненными н.н.петровым (1947) [5], согласно которым каждая из опухолей должна иметь ясную картину злокачественности, располагаться отдельно от другой и не являться метастазом.

Многие авторы отметили закономерное преобладание первично множественных опухолей органов репродуктивной системы среди всех видов полинеоплазии у женщин [1,3,4,6].

Были изучены данные, касающиеся 18800 больных злокачественными опухолями тела матки (2157), молочной железы (8167), шейки матки (3812), яичников (1992,) толстой кишки (2072), вульвы (520) и влагалище (80), имевшихся в нии онкологии им. Проф. Н.н.петрова за период с 1960-1999 годы. В 714 случаях среди этого количества больных выявлена первичная множественность злокачественных опухолей (3,8%).

результаты. При анализе разнообразных сочетаний первично множественных опухолей 75% из них были отнесены к гормоно- и диетзависимым, 11% к радиоиндуцированным и 9% вирусзависимым полинеоплазиям. На долю остальных наблюдений не более 5% всех случаев.

Установлено, что общими факторами риска гормонозависимых опухолей органов репродуктивной системы (рак тела матки, молочной железы и яичников) является выраженная хроническая гиперэстрогения, возраст 40-69 лет и ранняя стадия первой опухоли [3].

Среди 2157 больных раком тела матки первично множественные опухоли верифицированы у 297 (13,8)%, из них 32,3% приходится на рак молочной железы. Синхронное сочетание рака тела матки и рака яич-

ников отмечены в 74 наблюдениях (24,9)%. У 8167 первичных больных раком молочной железы полиорганные первично множественные опухоли отмечены у 312 (3,8)%. В 80,5% наблюдениях рак тела матки сочетался с раком молочной железы, тела матки и толстой кишкой.

Среди 1992 больных первичным раком яичников полинеоплазии морфологически верифицированы у 191 (9,6%). Характерно сочетание с аденокарциномами эндометрия (38,7%), молочной железы (35,1 %) и толстой кишки (4,7%) вместе составили 78,5%.

Оценка относительной вероятности развития вторых опухолей показала, что у больных раком тела матки относительный риск составляет на первом году жизни - 13,6, на пятом году - 5,3, на десятом году - 3,9, на пятнадцатом году - 3,0. У больных раком молочной железы относительный риск: на первом году - 9,0, на пятом году - 2,4, на десятом году - 2,2 и на пятнадцатом году - 3,6.

В составе радиоиндуцированных полинеоплазий были рассмотрены метакронные полинеоплазии прямой кишки, влагалища и тела матки, возникшие через 5 и более лет после лучевого лечения рака шейки матки.

По отношению к 3812 первичным больным, первично множественные опухоли выявлены у 192 (5,0%) больных. К радиоиндуцированным опухолям отнесены 24 наблюдения рака прямой кишки (12,5% по отношению ко всем полинеоплазиям), 46 - рака влагалища (23,9%), 25 - рака тела матки (13,0%) и 12 - саркомы тела матки (6,7%).

Средний интервал между окончанием лучевого лечения рака шейки матки и клиническими проявлениями метакронной опухоли для рака тела матки составил 12,8 года, рака яичников - 11,4 года, рака влагалища - 16,7 года, рака прямой кишки - 18,3 года, а между лучевым лечением рака тела матки и раком прямой кишки - 13,8 года.

Кумулятивный относительный риск вторых радиоиндуцированных опухолей (рак влагалища, прямой кишки и матки) составляет на 6-м году после облучения соответственно 37,5; 11,7 и 12,6; на 10-м году - соответственно 93,4; 48,1; 44,8; на 20-м году - 102,5; 188,2 и 72,6; на 30-м году - 203,6; 104,2 и 116,8.

Среди 192 первично множественных опухолей (имевших место у 3812 больных раком шейки матки, 22 наблюдения рака влагалища и 21 - рака вульвы не были связаны с лучевой терапией рака шейки матки (43,3%).

Оценка частоты встречаемости вируса папилломы человека (впч) разных типов у обследованных больных раком эндометрия показала, что днк впч обнаружены у 12 из 18 больных рецепторнегативным раком (66,7%). Из 25 больных рецептопозитивным раком у 20 (80%) днк впч в опухоли обнаружены не были [2]. Из общего числа 43 полинеоплазий вульвы и влагалища 28 относятся к преинвазивному раку, что исключает метастатические комбинации. Из остальных 15 наблюдений в 9 выявлены начальные формы рака на фоне дистрофии и дисплазии. Из 43 наблюдений вирусзависимых полинеоплазий - синхронные (у 21 больной) сочетались с карциномой шейки матки или наблюдался короткий интервал между этими опухолями (в среднем - 1,8 года).

Выводы. Таким образом, в результате анализа различных комбинаций первично множественных опухолей органов женской репродуктивной системы, сформулирована гипотеза о трех основных синдромах: гормонозависимых, радиоиндуцированных и вирусзависимых полинеоплазиях.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЖЕЛУДКА

А.А. Биджиев (VI курс, лечебный факультет)
Научный руководитель – д.м.н., проф. М.Н. Добренский

*Кафедра онкологии с курсом лучевой диагностики и терапии
(зав. – д.м.н., проф. В.В. Кутуков)*

Рак желудка (РЖ) — злокачественная опухоль, происходящая из эпителия слизистой оболочки желудка, стоит на первом месте среди опухолей желудочно-кишечного тракта. Несмотря на достаточно высокий уровень обследования, большинство злокачественных новообразований обнаруживается не на ранних стадиях, что значительно затрудняет лечение. На сегодняшний день для рака желудка оперативное вмешательство является основным и единственным радикальным методом. Прогноз при этом заболевании весьма серьезен. РЖ приводит к инвалидизации и нередко к летальному исходу. Ежегодно в мире от рака желудка погибает до 800.000 человек[1].

Цель исследования – изучение основных прогностических характеристик для больных с РЖ, оценка результатов хирургического лечения данной категории больных и их катamnестическое наблюдение.

В ходе настоящей работы был проведен анализ 126 историй болезней пациентов с РЖ, прооперированных в Астраханском ООД в 2007-2010 годах, и их катamnестическое наблюдение в течение 2-х лет после операции. Среди пациентов мужчины составили 58%, женщины 42%[1]. Возраст больных составил от 34 до 83 лет, с пиком заболеваемости в 56-60 лет.

Локализация опухоли
антральный отдел – 68 (54%)
малая кривизна – 29 (23%)
кардиальный отдел – 16 (12,7%)
передняя и задняя стенки желудка – 4 (3,2%)
тотальное поражение 9 (7,1%),
что приблизительно соответствует литературным данным[2].

По дифференцировке клеток преобладала умеренно дифференцированная аденокарцинома (44%), летальность при которой составила 52,7%. Наилучший прогноз наблюдался при высокодифференцированной аденокарциноме (11%) и составил 100%.

- Аденокарцинома (железистый рак):
-Высокодифференцированная 14 (11,1%)
-Умереннодифференцированная 55 (43,7%)
-Низкодифференцированная 25 (19,8%)
- Перстневидноклеточный рак 16 (12,7%)
- Железисто-плоскоклеточный рак 0
- Плоскоклеточный рак 2 (1,6%)
- Мелкоклеточный рак 3 (2,4%)
- Недифференцированный рак 11 (8,7%)

Исход операций в зависимости от стадии по системе TNM[3]

Таб.1

стадия	pTNM	прооперированные	живые	умершие
IA	T1M0N0	4	4	0
IB	T2N0M0	8	7	1
II	T2N1M0	5	4	1
	T3N0M0	20	16	4
IIIA	T2N2M0	12	9	3
	T3N1M0	27	18	9
	T4N0M0	3	2	1
IIIB	T3N2M0	18	8	10
	T4N1-2M0	17	6	11
IV	T1-3N3M0	3	0	3
	T1-4N0-3M1	9	1	8

На I и II стадиях были оперированы лишь 29,4% (Таб.1), что значительно ухудшило прогноз.

После проведенного лечения двухлетняя выживаемость составила 59,5%. Результаты лечения зависели в первую очередь от стадии, на которой был прооперирован пациент и наличия метастазов. Так же большое значение имели степень дифференцировки опухоли и общее состояние больного.

К сожалению, весьма существенной остается доля больных, оперированных на запущенных стадиях, при которых операции носили лишь паллиативный характер. Необходим массовый скрининг населения и принятие национальных программ по борьбе с раком, ведь лишь выявление заболевания на ранних стадиях дает надежду на благоприятный исход.

ЧАСТОТА КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Г.В. Афонин (V курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель – д.м.н., проф. М.Н. Добренький

*Кафедра онкологии с курсом лучевой диагностики и терапии
(зав. – д.м.н., проф. В.В. Кутуков)*

В Российской Федерации злокачественные новообразования кожи в 2011 году составили 13,3% опухолей всех локализаций. В структуре онкологических новообразований кожи первое место занимает базально-клеточный рак – 63-78%. Среди онкологической патологии в Астраханской области рак кожи занимает первое место и составляет 17,8%. Наибольшие показатели заболеваемости раком кожи

зарегистрированы в Республике Адыгее (69,9 на 100000 населения). Астраханская область по заболеваемости раком кожи прочно занимает 2 место (58,6 на 100000 населения).

Базально-клеточный рак кожи (БКР; синонимы: базалиома; базально-клеточная карцинома) – наиболее распространенная злокачественная эпителиальная опухоль кожи, состоящая из базалоидных клеток, характеризуется местно – деструирующим ростом и редким метастазированием (I).

В соответствии с Международной гистологической классификацией опухолей ВОЗ базалиому относят к истинному раку, поскольку она обладает неукротимым ростом инфильтрацией и деструкцией подлежащих тканей и склонностью к рецидивированию, однако крайне редкое метастазирование позволяет отнести ее к местно-деструирующим опухолям.

Этиология БКР не известна, однако предлагают роль ретро-вирусов. Возникновению БКР способствует ряд экзогенных факторов: длительная инсоляция, влияние химических канцерогенов и ионизирующего излучения с латентным периодом 20-30 лет. Неблагоприятное воздействие ультрафиолетовых лучей связывают в основном с В –спектром(290-320 нм). Ультрафиолетовые лучи спектра А(320-400 нм) не проникают в дерму и не расцениваются как канцерогенные, но могут потенцировать такой эффект. С этих позиций можно объяснить высокую частоту БКР в южных регионах России, в том числе и в Астраханской области.

Цель нашего исследования – изучить частоту встречаемости различных клинических форм БКР в Астраханской области.

Нами проведен анализ 1959 случаев БКР находящихся на лечении ООД г.Астрахани с 2008 по 2012 годы. Возрастная медиана составила 55,3±1.2 года, большинство больных (n=1209; 59,2%) были женщины. Длительность опухолевого анамнеза ровнялась 5,1±0,5 года.

Нами использована клиническая классификация БКР, включающая 4 основных клинических формы и ряд разновидностей БКР [табл.№ 1]

Нодулярная форма – наиболее частая форма БКР, составляющая, по нашим данным 79,1% всех БКР. (n=1560) из них микронодулярная (узелковая) и «классическая» разновидность БКР составила 22,3% (n=458). Макронодулярная разновидность отмечена нами в 1,3% случаев БКР (n=26). Язвенная разновидность нодулярной формы отмечена в 48,8% (n=988) в 48,2 случаев БКР и 63,3% случаев нодулярной формы. Инфильтративная разновидность (не язвенная) встречалась в 2,6% случаев БКР(n=54). Кистозная – 0,9% от всех случаев БКР (n=19). Пигментная- 0,2% от всех случаев базально-клеточного рака (n=5). Поверхностная форма – наименее агрессивная разновидность БКР кожи, составила 20,4% от всех случаев БКР (n=390). Язвенная ее разновидность встречается по нашим данным, в 0,2% случаев(n=4), пигментная разновидность БКР отмечена нами в 0,1% случаев(n=2), саморубцующаяся форма в 0,3% случаев(n=6).

Склеродермоподобная базалиома выявлена нами в 0,5% от всех случаев БКР.

Фиброэпителиальная базалиома (фиброэпителиома Пинкуса) в наших наблюдениях не встречалась.

Таким образом выделение четырех клинических форм БКР на сегодняшний день является актуальным, поскольку они соответствуют определенному гистологическому типу, различается по прогнозу, времени и частоте рецидивирования.

Таблица №1

Частота встречаемости различных клинических форм БКР

/п	Форма опухоли	Количество больных		Разновидность опухоли	Всего	%	%
		а	бс				
	Нодулярная	1560	79,1	Микронодулярная(типичная)	458	2,3	29
				Макронодулярная	26	1,3	1,6
				Язвенная	988	50,5	63,3
				Круглоблатная	54	2,8	0,6
				Пигментная	5	0,2	0,3
				Кистозная	19	0,9	1,2
				Инфильтративная(не язвенная)	54	2,8	3,3
					0	,5	
					5	0,2	0
					1	,2	0
					9	,9	0
					5	,9	2
					4	,6	

я	Поверхностная	90	3 0,4	2	Типичная Пигментная Язвенная Саморубцующаяся	78	3 2 4 6	1 8,4 0 ,1 0 ,2	90,7 0,5 1,0
	Склеродермо подобная		9 ,5	0	Рубцово-атрофическая Язвенная		9	0 ,5	100

ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ГОРМОНАЛЬНОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ГЕНИТАЛЬНЫХ ПАТОЛОГИЯХ

Е.С. Чаркина (V курс, лечебный факультет)
Научный руководитель – д.м.н., проф. М.Н. Добренский

*Кафедра онкологии с курсом лучевой диагностики и терапии
(зав. – д.м.н., проф. В.В. Кутуков)*

Молочные железы относятся к органам репродуктивной системы женского организма, а ее ткани - мишени для активного воздействия половых стероидных гормонов яичников, гормонов гипофиза и опосредованно - гормонов других эндокринных желез организма. Поэтому взаимосвязь гиперпластических процессов в молочной железе и гениталиях логична. Сопоставление особенностей состояния молочных желез с гормональным статусом, характером эндокринных и органических нарушений в репродуктивной системе у обследованных больных позволяет сделать вывод о том, что нарушение нейроэндокринной регуляции проявляется на всех уровнях репродуктивной системы одновременно, являясь ведущим фактором развития дисгормональной патологии молочных желез [2, 6, 7]. Согласно исследованиям ряда авторов, частота сочетанной патологии молочных желез и гениталий достигает 57 - 97,8 % [3, 5]. По данным опубликованного исследования у женщин с доброкачественными диспластическими процессами в молочных железах достоверно чаще встречаются доброкачественные заболевания яичников по сравнению с женщинами без патологии молочных желез (12,7 % против 4 %), миома матки (83,3 % против 53,3 %), миома матки в сочетании с внутренним эндометриозом (23,3 % против 9,3 %), гиперпластические процессы эндометрия (18,7 % против 1,3 %), фоновые заболевания шейки матки (29,3 % против 18,7 %) [5]. В другом исследовании у 71,8 % обследованных женщин отмечено сочетание доброкачественных гиперплазий молочных желез и гениталий, среди последних ведущее место занимали миома матки (60,3 %) и эндометриоз (39,6 %) [8].

Комплексное гинекологическое и маммологическое обследование прошли 235 пациенток. Возраст женщин колебался от 19 до 61 года. При обследовании были использованы общепринятые методы: клинико-анамнестический, рентгеномаммография, ультразвуковое исследование (УЗИ) молочных желез и гениталий, рентгенопневмокистография, дуктография, гистероскопия с раздельным диагностическим выскабливанием эндометрия, лапароскопия, динамическая сцинтиграфия и УЗИ щитовидной железы, гормональное и морфологическое исследование.

Помимо общепринятых клинических и лабораторных исследований, у 25 пациенток производилось радиоиммунологическое изучение гормонального статуса. Гистероскопия (120) и лапароскопия (33) применялись с целью диагностики и лечения гинекологических заболеваний. УЗИ молочных желез проводили на диагностических аппаратах с использованием линейного датчика 7 МГц. Исследования выполняли в общепринятых сечениях на 5-8-й день менструального цикла. Рентгенологическая маммография, как и ультразвуковое сканирование, производились в первой фазе менструального цикла (на 5-7-й день) в двух проекциях. Помимо обзорной маммографии, осуществлялась пневмокистография (у 10 пациенток с кистами молочных желез) после проведения пункционной биопсии с эвакуацией жидкости и введением воздуха. У 2 пациенток в связи с наличием кровяных выделений из молочных желез проведена контрастная дуктография.

Доброкачественные гиперплазии молочных желез были диагностированы у 182 (77%) обследованных, гиперпластические процессы гениталий – у 131 (55,7%). Патология щитовидной железы выявлена у 59 (65,5%) из 90 женщин с сочетанными гиперплазиями молочных желез и гениталий. Эти процессы сочетались у 65,9%

женщин. У обследованных часто наблюдались нарушения менструальной функции (51%), экстрагенитальная патология (63%); 73 (34,6%) женщины имели ближайших родственников с различными злокачественными заболеваниями; у 11 (15%) из них у родственников отмечены различные злокачественные заболевания женских половых органов, у 15 (20,5%) – рак молочной железы у родственников по линии матери. Отдельную группу составили 35 женщин позднего репродуктивного возраста ($42 \pm 0,1$ года), прошедших обследование и лечение по поводу рецидивирующей гиперплазии эндометрия. В данной группе сочетание доброкачественных заболеваний молочных желез и эндометрия отмечено у 30 (85,7%) женщин.

Доброкачественные гиперплазии молочных желез были диагностированы у 182 (77%) обследованных, гиперпластические процессы гениталий – у 131 (55,7%). Патология щитовидной железы выявлена у 59 (65,5%) из 90 женщин с сочетанными гиперплазиями молочных желез и гениталий. Эти процессы сочетались у 65,9% женщин. У обследованных часто наблюдались нарушения менструальной функции (51%), экстрагенитальная патология (63%); 73 (34,6%) женщины имели ближайших родственников с различными злокачественными заболеваниями; у 11 (15%) из них у родственников отмечены различные злокачественные заболевания женских половых органов, у 15 (20,5%) – рак молочной железы у родственников по линии матери. Отдельную группу составили 35 женщин позднего репродуктивного возраста ($42 \pm 0,1$ года), прошедших обследование и лечение по поводу рецидивирующей гиперплазии эндометрия. В данной группе сочетание доброкачественных заболеваний молочных желез и эндометрия отмечено у 30 (85,7%) женщин.

МЕТОД КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ

М.М. Якубов (аспирант)

Научный руководитель – д.м.н., проф. М.Н. Добренский

*Кафедра онкологии с курсом лучевой диагностики и терапии
(зав. – д.м.н., проф. В.В. Кутуков)*

Меланома кожи является одной из наиболее агрессивных и зачастую непредсказуемых форм злокачественных новообразований.

Еще 30-40 лет назад меланома кожи была сравнительно редким заболеванием в большинстве стран мира. Однако за истекшее время частота возникновения этой патологии значительно увеличилась и продолжает неуклонно возрастать.

Среднегодовой темп прироста заболеваемости этой опухолью в мире составляет около 5% и считается одним из самых высоких среди злокачественных опухолей, кроме рака легкого. Согласно данным официальной статистики за 18 лет (с 1990 по 2008 года) в России заболеваемость меланомой кожи увеличилась на 59% для мужчин и на 64% для женщин.

Ежегодно меланомой кожи в России заболевают 5700 человек и более 2200 умирают от данного заболевания. Темп прироста заболеваемости в России составляет 3,9% ежегодно. По темпам прироста смертности за 10 последних лет (1999-2008 гг) по сравнению с другими злокачественными опухолями меланома кожи вышла на 1 место у мужчин (42%) и на 2 место у женщин (18%).

Меланома кожи в настоящее время представляет реальную угрозу для значительной части населения, особенно южных регионов. Не смотря на то, что меланома в структуре всех опухолевых заболеваний кожи составляет только 5%, на ее долю приходится до 80% летальных исходов среди пациентов со злокачественными опухолями кожи. Одной из основных причин столь значительного роста смертности от меланомы кожи в нашей стране является не только увеличение числа заболевших, но и отсутствие ранней диагностики этого заболевания.

Существующий уровень диагностики этой опухоли сегодня трудно признать удовлетворительным, учитывая наружную локализацию опухоли и возможность ее распознавания. До 45,6% больных меланомой кожи поступают в онкологические стационары с далеко зашедшими, распространенными формами заболевания, что резко ухудшает прогноз и не позволяет надеяться на успешное излечение.

К сожалению, показатели 5-летней выживаемости больных меланомой кожи даже после радикального лечения остаются неудовлетворительными.

Стандартным методом лечения меланомы кожи является хирургическое вмешательство. Проблемы и неудачи хирургического метода связаны с развитием в послеоперационном периоде местного рецидива или регионарных и отдаленных метастазов.

Опыт стран с высоким уровнем заболеваемости свидетельствует, что внедрение системы ранней диагностики позволяет повысить 5-летнюю выживаемость при меланоме кожи до 90%.

Таким образом, низкий уровень ранней диагностики меланомы кожи, неудовлетворительные результаты лечения требуют разработки новых подходов к диагностике и лечению данной патологии.

Цель работы:

Оптимизация диагностики меланомы кожи на догоспитальном этапе.

Решаемые задачи, необходимые для достижения цели:

1. Определить диагностические возможности (чувствительность, специфичность, точность) и задачи комплексного клинического, дерматоскопического и ультразвукового методов исследования при меланоме кожи на догоспитальном этапе.

2. Усовершенствовать алгоритм ранней диагностики меланомы кожи на догоспитальном этапе за счет внедрения комплексных методов исследования (дерматоскопии и ультразвукового метода с использованием высокочастотного ультразвукового датчика).

3. На основе использования указанных методов исследования разработать критерии дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных пигментных новообразований кожи.

4. Разработать с учетом полученных данных практические рекомендации по улучшению диагностики меланомы кожи, создание электронного варианта практических рекомендаций на DVD-диске.

В первый год проекта планируется разработать модели скрининга меланомы кожи.

Во второй год проекта планируется создание электронной версии практических рекомендаций.

ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ НАСТОРОЖЕННОСТЬ ПРИ ВЫБОРЕ ПРОФЕССИИ

Ю.О. Зенина, У.К. Идиева (VI курс, лечебный факультет) Г.В. Афонин (V курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – д.м.н., проф. В.В. Кутуков

Кафедра онкологии с курсом лучевой диагностики и терапии

(зав. – д.м.н., проф. В.В. Кутуков)

Введение. Преобладающее большинство людей перед выбором специальности не задумываются о риске возникновения заболеваний, связанных с будущей профессией. Профессиональная деятельность снижает или повышает заболеваемость по определенным нозологиям, а зачастую гарантирует развитие так называемых «профессиональных заболеваний» [1,2].

В связи с обнаружением повышенной заболеваемости раком на ряде производств, занятых на переработке ряда минералов (никель, хром, бериллий, кадмий, кобальт, мышьяк и др.), имеющих канцерогенные свойства, широкое развитие получило исследование так называемого «профессионального рака» [3,5]. Для разработки мероприятий по первичной и вторичной профилактике рака необходимо знание этиологии и механизмов развития опухолей. К настоящему времени накоплено большое количество данных о возникновении опухолей в результате контакта в процессе работы, с различными канцерогенными факторами. Для профилактики возникновения таких опухолей, называемых профессиональными, проводятся мероприятия по запрещению производства и применения ряда канцерогенных факторов, герметизации и автоматизации производства, изменению технологических процессов, строгому нормированию содержания канцерогенов в производственной среде. Наряду с этим важную роль играет профессиональный отбор, целью которого является недопущение к работе на онкоопасных производствах лиц с повышенной чувствительностью (предрасположенностью) к возникновению опухолей, ранняя диагностика предопухолевых состояний и профессионального рака [1,2,5].

Профилактика злокачественных новообразований среди работающих включает много аспектов и требует координированных усилий специалистов различного профиля [1,4,5]. Важным аспектом является онкологическая настороженность при выборе профессии.

Цель. Выявить степень онкологической настороженности при выборе профессии.

Материалы и методы. С целью повышения онкологической осведомленности населения был создан студенческий молодежный отряд "Остров Добра и Надежды". Членами молодежного отряда разработана программа, адаптированная для студентов немедицинских специальностей в возрастной группе от 18 до 25 лет. Программа разделена на блоки, содержащие отдельные онкологические нозологии и дополнена наглядными пособиями, муляжами и манекенами, отображающими локализацию и механизм патологического процесса. Блоки сопровождаются видео презентацией в формате «Microsoft Office Power Point», содержащей тематические таблицы, графики, схемы, фотографии и видеоролики для повышения качества и доступности информации. В период с сентября 2012г. по март 2013г. программу прослушали 648 студентов ВУЗов и ССУЗов в г. Астрахань. Среди студентов проведен опрос с целью определения степени онкологической настороженности при выборе профессии.

Результаты. Анализ структуры ответов о влиянии канцерогенных факторов на выбор профессии показал, что 78% студентов не задумывались о возможности такого влияния; 9% слышали, но уверены, что их можно предотвратить; 10% - выразили равнодушие, так как не собираются работать по профессии; 3% - знают о канцерогенных факторах своей будущей профессии и принимают это как неизбежные издержки практически любого производства. На вопрос «...изменили бы вы свой выбор профессии, если знали бы о канцерогенных фак-

торах», 39% ответили что, скорее всего, да; 31 % - возможно; 30% - нет, это не повлияло бы на выбор специальности.

Выводы. Канцерогенные факторы на производстве не оказывают практического влияния на выбор специальности среди молодежи.

Подавляющее количество студентов на момент поступления в ВУЗы и ССУЗы не имеет представления об онкологических заболеваниях. Молодежное население возрастной категории 18-25 лет проявляет интерес к онкологическим нозологиям. Раннюю профилактику следует проводить не только среди групп риска, а тотально и повсеместно, особенно в молодежной среде. Следует популяризировать способы профилактики онкологических заболеваний, осведомлять о канцерогенных факторах, способах защиты и формах проявления. Необходима разработка и внедрение программ по повышению онкологической грамотности молодежи, что в перспективе позволит снизить заболеваемость и смертность населения от онкологических заболеваний.

ФИЛОСОФСКИЕ И ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНЫ

ЭВТАНАЗИЯ – ОДНА ИЗ СЛОЖНЕЙШИХ ПРОБЛЕМ БИМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ

М.А. Аджибаев (II курс, лечебный факультет)
Научный руководитель – к.ф.н., доц. Н.В. Гончарова

*Кафедра философии, биоэтики с курсами истории Отечества, истории медицины и культурологи
(зав. – к.ф.н., доц. Н.Н. Мизулин)*

Среди множества современных проблем существуют такие, которые стремительно перестают быть личными и превращаются в глобальные проблемы. Это в полной мере относится к эвтаназии, как одной из сложнейших проблем биомедицинской этики.

Почему я взял эту работу? Данную научную работу я выбрал неслучайно. Еще задолго до поступления в медицинскую академию, в одном из публицистических изданий я прочитал статью про то, что такое эвтаназия и какие проблемы вызывает эта тема. Моя первая реакция на тот момент на изложенные в статье вопросы была категорически отрицательной. Жизнь – это наивысшая человеческая ценность и отказ от нее добровольно, по собственному желанию, казался лично мне очень страшным. Представить себе, что способно толкнуть человека к принятию такого решения, я не мог.

В чем актуальность моей работы? Актуальность исследования вызвана тем, что в настоящее время в мире накоплен огромный арсенал средств для поддержания жизни искусственным путем. В каком случае неправомерно и несправедливо лишать человека возможности возвращения к жизни, а когда можно прекратить страдания умирающего. Сегодня все человечество ломает голову над этими нравственными проблемами.

В чем же основная задача данной работы? Понять, что такое эвтаназия, проанализировав проблему с позиций гуманистической этики, рассмотреть правовые и этические проблемы эвтаназии, ознакомить Вас посредством видео обращений с доводами врачей и представителями религиозных конфессий города Астрахани.

Так что же такое эвтаназия? Эвтаназия - это прекращение жизни человека, страдающего неизлечимым заболеванием, испытывающего невыносимые страдания, иными словами эвтаназия есть ускорение смерти тех, кто переживает тяжёлые страдания. Впервые термин «Эвтаназия» была использован в XVI-м веке английским философом Фрэнсисом Бэконом для обозначения «легкой», безболезненной смерти, то есть хорошая, спокойная и лёгкая смерть, без мучений и страданий. Как отмечал Бэкон: «Долг врача состоит не только в том, чтобы восстанавливать здоровье, но и в том, чтобы облегчить страдания и мучения, причиняемые болезнью...». [2] В XIX веке эвтаназия стала обозначать «умерщвление пациента из жалости». В годы третьего рейха в фашистской Германии принудительной эвтаназии, то есть попросту убийству, подвергали в целях «очищения расы» пациентов психиатрических клиник. Итак, эвтаназию можно определить следующим образом: это умышленные действия или бездействие медицинского работника, которые осуществляются в соответствии с явно и недвусмысленно выраженной просьбой информированного больного или его законного представителя с целью прекращения физических и психических страданий больного, находящегося по медицинским показателям в угрожающем жизни состоянии, в результате которого должна наступить его смерть. В теории выделяются два вида эвтаназии: пассивная эвтаназия (намеренное прекращение медиками поддерживающей терапии больного) и активная эвтаназия (введение умирающему медицинских препаратов, либо другие действия, которые влекут за собой быструю и безболезненную смерть). К активной эвтаназии часто относят и самоубийство с врачебной помощью (предоставление больному по его просьбе препаратов, сокращающих жизнь). Первой страной, официально разрешившей активную эвтаназию, стала Голландия. Еще в начале 80-х годов двадцатого века здесь была разрешена данная процедура. В Бельгии она была разрешена в 2002 году и на протяжении следующего года правом

воспользовались две сотни человек, годом позже еще триста шестьдесят. По некоторым данным в этой стране даже можно купить шприц с одной дозой яда для умерщвления человека. Продается такой набор только врачам при предъявлении специальных документов. Торгуют наборами для умерщвления не во всех аптеках. Согласно бельгийскому законодательству «помочь» уйти из жизни можно лицам от 18 лет, у которых найдены неизлечимые недуги. Врач должен получить от пациента несколько письменных заявлений о том, что пациент действительно желает уйти из жизни. Около сорока процентов процедур проводится дома у больных. В Швеции разрешается активная эвтаназия в виде самоубийства с помощью врача. В Соединенных Штатах Америки разрешение ускорить смерть тяжело больных пациентов существует у врачей двух штатов: Вашингтон и Орегон. В России, Польше, многих странах СНГ, Чехии, Греции, Хорватии, Боснии, Сербии и многих других странах (не говоря уже обо всем исламском мире) процедура запрещена и преследуется в уголовном порядке. Во многих государствах разрешается пассивная эвтаназия: во Франции, Венгрии, Дании, Норвегии, Австрии, Германии, Испании. [7]

В каком случае можно говорить об эвтаназии? Об эвтаназии речь идёт лишь тогда, когда мы имеем дело с преднамеренным причинением смерти. В одном случае отнимается жизнь у безнадежно, смертельно больного лица – для того, чтобы избавить его от лишних страданий, – либо при помощи прямого вмешательства (например, инъекции барбитуратов), либо «оставив его умирать», прекратив искусственное питание больного. В другом случае лишается жизни новорожденный ребенок с тяжёлыми физическими недостатками. Значит, эвтаназия сама по себе ставится на уровень намерений: (1) об эвтаназии говорится лишь тогда, когда есть намерение положить конец жизни данного лица или ускорить его смерть; (2) об эвтаназии не идёт речь, когда стараются облегчить страдания какого-либо лица, находящегося в последней стадии тяжелой болезни, назначая ему медикаменты, которые лишь могут непрямым образом ускорить физиологический процесс умирания. Смерть здесь не провоцируется преднамеренно, но является возможным последствием обезболивающей терапии.

Проблема эвтаназии до сих пор остаётся нерешённой. Вплоть до сегодняшнего дня к эвтаназии относятся по-разному; общественное мнение расколото до жёстко полярных точек зрения.

В случае полной легализации эвтаназии многие по-прежнему будут считать, что эвтаназия (как умерщвление невинного) есть безусловное зло. Велика также опасность злоупотреблений. Например, в условиях нашего государства при бедности медицины эвтаназия может превратиться в средство умерщвления одиноких стариков, детей-инвалидов, лиц, страдающих раком и СПИДом. Признание эвтаназии законом может также лишить государство стимула для финансирования исследований по поиску эффективных средств лечения. С другой стороны, нельзя не видеть, что эвтаназия уже фактически существует в медицинской практике. Очевидно, что эта проблема требует срочного правового решения и закрывать на неё глаза больше нельзя. Об эвтаназии нельзя судить категорично. Не все жизненные ситуации измеряются нашими теоретическими убеждениями, а люди, столкнувшиеся в реальности с этой проблемой, начинают относиться к ней иначе. Моё собственное мнение значительно изменилось в ходе написания этой работы.

Тем не менее, несмотря на сложность проблемы, надо продолжать искать достойный путь её решения, идя на компромиссы и избегая крайностей.

ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ В СИСТЕМЕ НРАВСТВЕННО-ПРАВОВЫХ ОТНОШЕНИЙ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

А.В. Курскова (II курс, лечебный факультет)
Научный руководитель – к.ф.н., доц. Н.В. Гончарова

*Кафедра философии, биоэтики с курсами истории Отечества, истории медицины и культурологи
(зав. – к.ф.н., доц. Н.Н. Мизулин)*

Смерть так же метафизична, как и зачатие", – писал В.В.Розанов [1]. Это высказывание известного русского философа остается злободневным в наши дни, особенно в такой нравственно–этической проблеме как трансплантология. Для религиозного сознания это очевидно. Для антропоцентризма данное суждение приобретает смысл лишь в конкретных ситуациях.

Одна из таких ситуаций - стремительный выход трансплантации на уровень массовой практики и столь же стремительный рост деклараций и документов этического характера, принимаемых профессиональными ассоциациями, инструкций и новых законов, которые разрабатывает и предлагает современное право и принимают современные государства Европы и Америки, Азии и Африки. В 1992 году в России также начинает действовать специально разработанный Закон РФ "О трансплантации органов и (или) тканей человека [2].

В конце XX – начале XXI века трансплантология стала областью медицины, сконцентрировавшей в себе новейшие достижения хирургии, анестезиологии, реаниматологии, иммунологии, фармакологии и других медико-биологических наук. Это область высоких биомедицинских технологий, которые используются в

случаях таких патологических изменений органов и тканей человека, которые неизбежно приведут к гибели пациента. Пересадка органов как метод лечения тяжелых больных имеет большое социальное значение, т.к. позволяет не только продлить жизнь, но и обеспечить ее более высокий качественный уровень.

Вообще, трансплантология – это отрасль биологии и медицины, изучающая проблемы трансплантации, разрабатывающая методы консервирования органов и тканей, создания и применения искусственных органов. Это процесс замены поврежденных или утраченных органов путем пересадки таких же органов, взятых из здоровых организмов того же вида.

Различают три вида трансплантации:

- 1) аутотрансплантацию – трансплантацию в пределах одного организма,
- 2) алло- или гомотрансплантацию – трансплантацию в пределах одного вида
- 3) гетеро- или ксенотрансплантацию – трансплантацию между различными видами.

Началом истории развития трансплантологии можно считать, момент первого переливания крови. В дальнейшем развитие трансплантологии можно разделить на два периода.

В первом периоде трансплантация предполагала удаление хирургическим путем патологических измененных тканей и органов. Второй период связан с работами удалению органа или ткани утратившего свои функции и пересадке на его место здорового органа.

Отношение к трансплантологии развивалось так же самостоятельно в каждой религии. Так, к примеру, деятели Русской Православной Церкви в «Основах социальной концепции» отмечали, что «современная трансплантология ... позволяет оказать действенную помощь многим больным, которые прежде были обречены на неизбежную смерть или тяжелую инвалидность»[3]. В буддизме пересадка органов считается возможной только от живого донора при условии, что это было даром больному. Совет Исламской академии правоправедения на своей 4-й сессии в 1988 г. принял Постановление №26 по проблемам трансплантации органов живого и умершего человека. В нем сказано, что трансплантация органа человека с одного места его тела на другое разрешается в случае, если ожидаемая польза от операции очевидным образом перевешивает возможный вред и если целью операции является восстановление утраченного органа, которые приносят человеку физические или нравственные страдания.[4]

Шариат запрещает трансплантацию жизненно важных органов живого человека, а также органов, пересадка которых влечет ухудшение жизненно важных функций, хотя и не грозит летальным исходом. Трансплантация органов и переливание крови возможно только от живых доноров, исповедующих ислам и давших на это согласие. Допускается трансплантация от человека с церебральной смертью, которому искусственно поддерживается дыхание и кровообращение. [5]

Девиз современной трансплантологии: «Уходя из этой жизни, не забирай с собой органы. Они нужны нам здесь». Однако при жизни люди редко оставляют распоряжения об использовании своих органов для трансплантации после своей смерти. Это связано, с одной стороны, с действующими в конкретной стране правовыми нормами забора донорских органов, с другой стороны – с субъективными причинами этического, религиозного, морально-психологического характера. Однако в 2012 году в Германии вступил в силу закон, обязывающий каждого указывать в медицинском полисе, готов ли он после смерти стать донором. Врачи считают, что это решит проблему нехватки органов для пересадки и спасет тысячи жизней. Но самое главное пересадка органов приобретет легальный и официальный характер, что поможет со временем уйти от негативного воздействия «черного криминалистического рынка донорских органов». [6]

Врачи утверждают, что через 10 лет необходимости в трансплантации органов не будет, так как произойдет развитие искусственной репликации органов.

Проведя анализ всей собранной информации, в отношении нравственно-правовых отношений к трансплантологии можно прийти к выводу, что сегодня говорят и пишут немало по данному вопросу, но далеко не всегда положительно. Решающее слово здесь, как и должно быть, за врачами- профессионалами.

Профессиональная этика понятна и проста. Согласно ее первому правилу, помочь больному-реципиенту необходимо обязательно, но не за счет здоровья донора. Законом запрещается пересадка органа, если заведомо известно, что эта операция нанесет необратимый вред донору. Второе правило объясняет механизм принятия решения врачом: трансплантация органов допустима, если результат операции оправдывает нежелательные побочные эффекты.

В то же время следует подчеркнуть, что общество в целом не подготовлено к восприятию идей трансплантации и донорства. Это, прежде всего, обусловлено насаждением средствами массовой информации в сознание обывателя сенсационных, чаще всего непроверенных и непрофессионально освещенных фактов негативного характера. Это в большой степени дискредитирует перспективное направление в медицине - трансплантологию.

Поэтому именно в этой отрасли медицины, необходимо создание морально-этических норм и соответствующего законодательства, которые адекватно бы регулировали процесс пересадки органов и тканей. С другой стороны, единственным методом лечения ранее безнадежных больных является трансплантация и это высочайшая степень врачебного риска и последняя надежда для пациента.

НРАВСТВЕННОСТЬ В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОЙ ЦИВИЛИЗАЦИИ

С.Н. Докучаева (II курс, лечебный факультет)
Научный руководитель – к.ф.н., доц. Н.В. Гончарова

*Кафедра философии, биоэтики с курсами истории Отечества, истории медицины и культурологи
(зав. – к.ф.н., доц. Н.Н. Мизулин)*

Многие считают понятия мораль и нравственность синонимичными, хотя термин нравственность чаще применяется для описания внутренних принципов человека, а мораль — для общественных. В моей работе рассматривается именно нравственность, потому что все начинается с единицы социума – человека, его взгляда на себя.

Что касается современной нравственности, то невольно можно обратить внимание на два принципа:

1. Ты можешь делать все, что не ограничивает прав других.
2. Права всех людей равны.

Каждый интерпретирует эти принципы по-своему. Из этого все проблемы. Кто-то живет, всегда думая о том, чтобы не доставлять неудобств окружающим, при этом не ограничивая в правах себя. А другие, сетуя на безграничность себя в правах, любое пресечение, не самого правильного поступка, считает посягательством на личную свободу. Александр Никонов в своей книге «Апгрейд обезьяны» привел пример на это тему: человек идет голым по улице, он не покушается ни на чьи интересы. А тот, кто требует, чтобы он оделся, уже ограничивает его свободу. Извините, если Вам не нравится смотреть на голого человека, это Ваши проблемы. [3] И так сплошь и рядом.

Именно поэтому я считаю свою работу актуальной. И актуальность заключается в том, чтобы разобраться в каком русле направляться обществу, чтобы прийти, пусть не к единому мнению, но хотя бы достигнуть консенсуса.

А что же заставляет людей интерпретировать те самые принципы неодинаково? Собственные взгляды, духовные качества каждого индивидуума. А что такое духовность вообще?

Духовность — с позиций материализма — индивидуальная выраженность в системе мотивов личности двух фундаментальных потребностей:

- 1) идеальная потребность познания;
- 2) социальная потребность жить и действовать «для других».

Под духовностью преимущественно подразумевается первая из этих потребностей, а вторая — под душевностью. С категорией духовности соотносится потребность познания — мира, себя, смысла и назначения своей жизни. Человек духовен постольку, поскольку задумывается над этими вопросами и стремится получить на них ответ.

А судя по тому, какими ценностями обладает наше общество в своем большинстве, напрашивается вывод о том, что размышлять об этих вопросах человек не торопится. Следовательно, с духовностью у нас, мягко говоря, проблемы. Поэтому моя цель - ответить на вопрос: если духовность отесняется человечеством, что останется на ее месте?

Если нравственностью считать отказ от насилия, более гуманное отношение к окружающим, то, конечно, прогресс на лицо. В условиях первобытных племен убийство «ближнего своего» считалось нормой. А сегодня мы уже с презрением глаголим о негуманности смертной казни, возлагая на нее мораторий.

Как регулятор общественных отношений нравственность так же претерпевала изменения. Но общественный порядок никогда не основывался исключительно на нравственных постулатах. И по сей день требуются более надежные и жесткие механизмы регуляции.

Духовность так же можно рассматривать с двух сторон.

Первая: как возвышенность интересов и устремлений духовность ассоциируется с высокими социальными и нравственными идеалами, с утопическими мечтаниями, революционными порывами, жадой знаний.

Вторая позиция по поводу духовности – религиозная. Человек глубоко верующий, следующий законам и заповедям какой-либо религии, полагается духовным. Здесь тоже присутствуют такие качества, как возвышенность дум, отсутствие корысти, моральность. Но с данной точки зрения они рассматриваются не как групповые, общечеловеческие качества, а как опора на повеления конкретного бога.[3]

Ну, хорошо, с точки зрения религиозной духовность сегодня еще может существовать. Но как нравственные идеалы, жажда знаний...

Жажда знаний заставила человека найти единицу всего сущего, заглянуть внутрь своего организма, взобраться на горы и взмыть в небо. И все было замечательно, пока человек не пришел к научно-технической революции XX века. Все накопленные за долгие годы знания создавали руками человека изобретения, наука

превратилась в ведущий фактор производства. Сначала производство было в основном военным. На втором этапе научно-технической революции инновации вовлекались в социальную жизнь. Одним из главных явлений было изобретение первой ЭВМ. Благодаря этому сегодня в наших руках есть различного рода гаджеты, но создаются они как источник дохода для производителя. На первое место выходят не потребности человека, а экономические и политические отношения

Сегодня часто можно услышать такое мнение, что экономика, политика имеют свои законы и подчинить их нравственности фактически невозможно. Экономическая система строится на стремлении человека иметь как можно больше, материальной заинтересованности. А в политике действовать согласно нравственным законам невозможно, ибо победит человек, не считающийся с моралью.

Наука не имеет тех авторитетных позиций, какие она имела раньше, сегодня она орудие политики, экономики для достижения собственных целей. Как только создается что-то новое, оно тут же внедряется в массы. Главное, чтобы приносило доход. Да, не существует таких законов экономики, ради которых необходимо пренебречь нравственностью, но все дело опять же в людях, их духовных ценностях и ориентирах.

Духовные ориентиры, такие, как истина, красота, любовь, добро, претерпевали большие изменения на протяжении существования человечества. Еще в древней Греции нашла отчетливое выражение мысль о том, что разумное, доброе и прекрасное должны сочетаться в одном. Не было разграничения этих понятий. Если человек был действительно мудр, то это проявляется это в его образе жизни как добродетель и красота. В последующие времена пути красоты, истины и добра стали тянуть человека в разные стороны. Красота отделила себя не только от пользы, но и от добра и истины. Стала самоцелью. К. Малевич говорил : «Творчество и разум – вещи несовместимые».

Самовозвышение искусства противостоит самовозвышению знания. То есть, чем глубже человек познает мир, тем больше он проявляет свою сущность. Но знание не гарантирует нравственного поведения. Конечно, можно решить проблему, подчинив истину и красоту идее добра, однако, абсолютизация нравственного начала не является решением всех проблем. [1]

Таким образом, человечество отправило духовность на второй, а то и на третий, четвертый планы. Но как же нам быть дальше? Мы имеем два пути: или заменить чем-либо духовность, или вернуться к предшествующему уровню духовности.

Чем же можно заменить? В некотором роде мы уже возмещаем недостаток духовности огромным количеством забот себе. Скоро мы будем заботиться исключительно о степени наполнения желудка, об объеме гардероба, о размерах жилплощади, без оглядки спешить, чтобы успеть за новинками в сфере технологий. Будем читать книги, которые расскажут нам, как заработать первый миллион, или о том как похудеть. Понятие любви сведется исключительно к интимной близости. В сущности, перспективой это вообще не назовешь.

Второй путь более перспективный, но он сложнее. Все, что сегодня пытается призвать к духовности с телеэкрана (редкое явление), со страниц классических книг, прочитывается, просматривается вскользь. Не каждый может пропустить это через себя. В книге Чака Поланика «Бойцовский клуб» главный герой пытался воплотить идею об уничтожении зданий банков, которое приведет к краху экономики, что освободит людей от оков цивилизации. Конечно, радикальный метод. А с другой стороны, такую глобальную проблему, как духовный кризис человечества, и решать надо глобально.

Не берусь пророчить, по какому пути мы пойдем. Конечно, хочется верить в лучшее.

НЕТРАДИЦИОННАЯ МЕДИЦИНА И ЕЁ ВЛИЯНИЕ НА ОЗДОРОВЛЕНИЕ ОРГАНИЗМА

А.В. Лымарь (II курс, лечебный факультет)
Научный руководитель – к.ф.н., доц. Н.В. Гончарова

*Кафедра философии, биоэтики с курсами истории Отечества, истории медицины и культурологи
(зав. – к.ф.н., доц. Н.Н. Мизулин)*

Современная медицина - общемировая программа, занимающаяся общественным здоровьем, которая не стоит на месте, а изучает новые болезни и способы ранней диагностики и профилактики заболеваний. Альтернативой научной медицины является нетрадиционная медицина.

В наши дни желание человека приобрести крепкое здоровье, если этого не смогла дать ему традиционная медицина, приводит к тому, что человек начинает обращаться к нетрадиционной медицине, она представляет собой, явление универсальное, существовала во все периоды истории человечества, у всех народов мира, синтезирует способы диагностики, предупреждение и лечение болезней человека, которые по тем или иным причинам не получили всеобщего признания у врачей.

Целью данной работы является исследование влияния нетрадиционной медицины на оздоровление организма человека.

Для лучшего раскрытия темы, я поставила перед собой следующие задачи:

- Изучить сущность и происхождение нетрадиционной медицины;
- Охарактеризовать систему методов нетрадиционной медицины;
- Выявить положительное и отрицательное влияние нетрадиционной медицины на организм;

Альтернативная медицина в наши дни дала толчок к развитию множества естественных методов лечения. В результате создается впечатление, что нетрадиционная медицина – современное явление. Однако «в действительности до начала XIX века практически вся медицина была нетрадиционной, и даже те методы терапии, которые появились в течении XX столетия, заимствованы из глубокой древности» . [5]

С давних времен существовала потребность в оказании медицинской помощи при различных повреждениях, при родах, которая осуществлялась с помощью различных отваров лекарственных трав, мазей, минеральных вод. Рекомендации по их применению мы можем встретить в египетских папирусах, в клинописных текстах, в книгах Древнего Китая.

Наряду с рациональным опытом лечения, которое передавалось из поколения в поколения, широкое распространение имели приемы, носящие магический характер - заговоры, заклинания, которые осуществлялось узким кругом лиц (шаманы, знахари , целители), умеющие сочетать использование медицинских знаний с мифологическими, религиозным представлениями. Однако данные методы не всегда спасали от болезней , принимавших форму настоящих эпидемий , уносивших сотни тысяч жизней.[1]

В связи с развитием науки, научно- технического прогресса, разработкой новых методов лечения , появления все более совершенной техники, внедрение современных технологий очень преобразило медицину, но как и в древние времена врачи пытаются как можно раньше выявить болезнь , обнаружить ее причины, а лучше всего рекомендовать больному профилактические процедуры с целью предупреждения возможных заболеваний.

Существует множество причин обращения людей к альтернативной медицине - это желание вылечиться, обрести крепкое здоровье, повысить качество жизни , но человек должен понимать что не каждый представитель нетрадиционной медицины имеет право заниматься лечением, применять оздоровительные методы, так как мы не можем точно знать весь процесс обучения данного "представителя"(знахаря) нетрадиционной медицины. Именно поэтому следует обращаться к врачам научной медицины , ведь во время обучения врач проходит целый комплекс научных дисциплин, которые в дальнейшем составляют его теоретическую базу. Необходимо знание анатомии, физиологии, медицинской психологии для исследования состояний соматического и психо-эмоционального благополучия человека, т.е. его здоровье; знание общей и частной патологии, нарушение состояний здоровья, т.е. болезнь; знание клинических дисциплин, занимающихся лечением болезней.[2]

Проанализировав некоторые методы терапии нетрадиционной медицины можно сказать, что рецепты народной медицины были средствами номер один в арсенале любого земского врача. Да и сейчас участковые терапевты первым делом рекомендуют именно такое лечение.

Саднит горло? Положите настои листьев эвкалипта! Заболели суставы? Сделайте компресс с дегтем! Расстроился желудок? Принимайте отвар коры дуба! Температура? Оботритесь уксусом!

Если ничего страшного нет, терапевт назначает самое легкое, симптоматическое лечение народными методами. Они помогают на начальной стадии практически любой болезни. Скажем, оборвать развитие простуды можно, подышав над паром только что отваренного картофеля, но при ОРВИ с осложнениями — гайморитом или воспалением легких — картошка не поможет: нужны антибиотики. Фито-настои и точечный массаж прекрасно снижают давление у начинающих гипертоников, а у больного, который решил перейти с "вредных" таблеток на "полезные" травы или лечиться от гипертонии голодом (есть и такой метод), дело, к сожалению, может закончиться инфарктом или инсультом.[3]

Следовательно можно дать оценку нетрадиционной медицине на современном этапе, данные приведены в Таблице -1.[4]

Таблица-1.

Положительное влияние	Отрицательное влияние
1. Комплексное оздоровление. альтернативная медицина не отделяют физическое здоровье пациента от эмоционального и духовного. Целостный подход к здоровью и является причиной, по которой нетрадиционная медицина переживает свой подъем.	1. Проблема альтернативной медицины даже не в том, что методы не работают, а в том, что они зачастую могут приносить вред.
2. Персональное внимание, которое целитель уделяет своему пациенту, из-за акцента на весь организм сразу.	2. Особая опасность альтернативных средств состоит в том, что некоторые пациенты, обращаясь к этим средствам в надежде на то, что удастся избежать операции, и надолго опаздывают с лечением, иногда им уже нельзя помочь.
3. В альтернативной медицине упор делается на профилактику. Традиционная медицина вмешивается, когда болезнь уже дала о себе знать, нетрадиционная же направлена на предотвращение недугов.	3. Нетрадиционная медицина благодатная сфера для аферистов, которые готовы зарабатывать деньги на здоровье людей. С каждым годом все больше людей обращаются к колдунам, знахарям, экстрасенсам, минуя традиционных лекарей.

Изучив и проанализировав научную литературу по данной теме, я пришла к выводу, что отказываться от альтернативной медицины нельзя, но она должна быть досконально исследована, и применение данных методов проводится только под контролем врачей. Кроме того, я считаю, что просто использовать методы нетрадиционной медицины можно для облегчения, смягчения последствий перенесенных опасных заболеваний, потому что после того как человек проходит полный курс лечения, его организм истощен и изношен. Человек становится беззащитным по отношению к окружающей среде, тут то и может помочь нетрадиционная медицина, ведь основная часть ее методов направлена на поддержание организма.

Я думаю, что в будущем научная и альтернативная медицина будут работать вместе, ведь с развитием технологий, болезни будут распознаваться заранее, либо на самых ранних этапах, при этом нетрадиционная медицина с помощью имеющихся методов будет помогать в предотвращении или профилактики заболеваний.

МОРАЛЬНО-ЭТИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ВРАЧЕБНОЙ ОШИБКИ

Е.В. Нефедова (II курс, лечебный факультет)
Научный руководитель – к.ф.н., доц. Н.В. Гончарова

*Кафедра философии, биоэтики с курсами истории Отечества, истории медицины и культурологи
(зав. – к.ф.н., доц. Н.Н. Мизулин)*

Медицина является наиболее сложной формой человеческой деятельности требующей глубоких специальных знаний, практических навыков, высоких душевных качеств. На протяжении веков к представителям медицинской профессии предъявлялись требования о недопущении ошибок. Однако врач ошибается потому, что имеет дело с очень сложным человеческим организмом, ежедневно сталкивается с нетиповыми задачами, нетипичным течением патологических процессов, да и медицинская наука несовершенна.

На врача лежит огромная ответственность-ответственность за жизнь другого человека. Согласно Толковому словарю современного русского языка С.И.Ожегова, под ошибкой понимают неправильность в действиях, мыслях. Множество синонимов имеет глагол "ошибиться": промахнуться, сплеховать, опростоволоситься, попасть впросак, наломать дров, обратиться не по адресу, попасть пальцем в небо и т.д.

Различают ошибки медицинские (врачебные), судебные, следственные, бухгалтерские и проч. Как мы можем убедиться, ошибка - родовое понятие, под которым понимают отклонение от обычного хода дел, от намеченного плана, обусловленное, как правило, нарушениями мышления. В то же время, иногда под ошибкой понимают и сам результат действий того или иного лица, отличный от предполагавшегося, необходимого, должного.

Совершенно по-разному можно сказать о неправильных, опрометчивых действиях человека в обыденной жизни и при осуществлении им профессиональной функции. Одно дело - пропущенная запятая в диктанте школьника или абитуриента и совершенно другое, когда запятая пропущена в рецепте, и провизор выдает на основе такого рецепта вместо лекарства для ребенка порошок, несущий смерть. Поэтому проблема врачебной ошибки всегда привлекала и будет привлекать взор исследователя благодаря ее значимости как для собственно медицинской деятельности, так и для юридической практики.

Актуальность моей темы является ее значимость не только для медицинского персонала, но и для представителей других профессий.

Целью моей работы является обобщение о допустимости врачебной ошибки в современной медицине. Можно ли считать, что ошибка врача-это результат непрофессионализма, а также попытаться разобрать это на конкретных примерах.

В связи с этим, следует обратить внимание на классификацию врачебных ошибок [1]:

Во-первых, в зависимости от того, в какой сфере или на каком этапе оказания медицинской помощи они были допущены, можно выделить:

- Диагностические ошибки - ошибки в распознавании заболеваний и их осложнений, просмотр либо ошибочный диагноз заболевания или осложнения. Эта группа ошибок является наиболее многочисленной.
- Лечебно - тактические ошибки, которые, как правило, являются следствием диагностических ошибок, хотя такая взаимосвязь не является абсолютной.
- Технические ошибки (просчеты в проведении диагностических и лечебных манипуляций, процедур, методик, операций).
- Организационные ошибки - недостатки в организации тех или иных видов медицинской помощи, необходимых условий функционирования той или иной службы.

- Деонтологические ошибки -это ошибки в поведении врача, его общении с больными и их родственниками, средним и младшим медперсоналом.
- Ошибки в заполнении медицинской документации (малопонятные, неточные записи операций, неправильное ведение дневника послеоперационного периода, выписки при направлении больного в другое медицинское учреждение).

В зависимости от причины врачебные ошибки можно разделить на вызываемые объективными и субъективными причинами. Объективные причины обычно создают фон, а реализуется ошибка, как правило, в связи с субъективными причинами, что открывает реальные возможности сокращения врачебных ошибок.

Под несчастными случаями в медицинской практике понимают неблагоприятный исход лечения больного в результате случайного стечения обстоятельств. Такие исходы чаще всего связаны с индивидуальной повышенной чувствительностью к некоторым лечебным препаратам или возникают при проведении различных диагностических манипуляций, т. е. их нельзя предусмотреть при самом добросовестном отношении медицинского персонала к своим служебным обязанностям.

По данным Министерства Здравоохранения, готовившего проект закона о страховании гражданской ответственности медицинских организаций перед пациентами, смертность от врачебных ошибок в России наступает в 45 – 50 тыс. случаях ежегодно. Речь идет, как минимум о 100 000 человеческих жизней в год.[2] Наиболее часты врачебные ошибки в акушерстве, далее – стоматология и хирургия.[3]

В практической части представлено анализирование примеров видов ошибок, используя этические и правовые аспекты и сделан вывод, что врачебная ошибка допустима во врачебной практике, так как врач работает с еще не полностью известным ему материалом-ЧЕЛОВЕК [4].

Можно обвинять врачей в халатности и технических ошибках, можно говорить о низком уровне подготовки медицинских работников и недостаточном финансировании медицины в общем, можно использовать рецепты народной медицины — однако это не изменит ситуацию.[5]

Она должна стать крайней точкой, от которой необходимо в кратчайшие сроки пересмотреть всю законодательную систему в области медицины. При этом надо четко понимать, что закон должен защищать не только пациентов, но и врачей. И тогда можно надеяться, что в будущем количество врачебных ошибок станет меньше.

ОБ ОСНОВНЫХ ЧЕРТАХ МИРОВОЗЗРЕНИЯ ДРЕВНЕГО КИТАЯ

Т.О. Писарева (II курс, лечебный факультет)
Научный руководитель – ст. преподаватель Д.В. Захаров

*Кафедра философии, биоэтики с курсами истории Отечества, истории медицины и культурологи
(зав. – к.ф.н., доц. Н.Н. Мизулин)*

Китайские медицинские практики, связанные с многотысячелетней традицией, становятся сегодня привлекательными в связи с изменениями, происходящими в современной медицине. Суть этих изменений состоит в переносе акцента медицинской науки и практики с изучения и лечения болезни на систему поддержания здоровья. Древний китайский врачебный канон, как раз, и утверждает необходимость лечения болезни ещё до её проявления, ибо «принимать лекарства, когда здоровье уже расшатано, это всё равно, что начинать рыть колодезь, почувствовав жажду, или браться за изготовление оружия, вступив в битву» [3, С. 344].

Успехи современной западной медицины, безусловно, связаны с механической картиной мира, утвердившейся в эпоху Нового Времени. Однако и её границы определены механистическим пониманием связей в организме. Поэтому, чтобы определить возможность применения древних медицинских практик, в том числе китайских, в современных условиях нужно начать с определения их отличий от новоевропейской механистической рациональности, до сих пор определяющей господствующее представление о медицинской реальности.

Первым таким отличием считают организмическую модель мира, которая является наиболее общей для всех архаических культур [1, С. 8]. Именно такую модель принято противопоставлять механистической картине мира, которая начинает утверждаться на Западе, начиная с XVII века. Важнейшим признаком организмической модели мира принято считать целостное (холистическое) представление о связи части и целого. При таком понимании часть представляет собой универсальную целостность – малое равно большому, микрокосм – макрокосму; человеческое тело, согласно китайским представлениям, «маленькое Небо и Земля». Органическая часть, в отличие от механической, представляет собой сосредоточие целого как структурно, так и функционально (принцип фрактальности). То есть, если в механистическом понимании, например, орган «меньше» организма и выполняет строго заданную функцию, то при организмическом подходе орган представляет весь организм. Отсюда, с одной стороны, такое пренебрежение традиционной китайской медицины вопросами анатомического строения организма, осторожного отношения к хирургическому

вмешательству, введение в строение организма гипотетических, «энергетических» органов, вроде «тройного обогревателя». Вместе с тем, с другой стороны, можно говорить о ряде преимуществ целостного взгляда на организм, нашедших выражение в ключевом принципе китайской медицины, согласно которому следует лечить не отдельные органы или части тела, а весь организм.

Согласно древним китайским представлениям, всё сущее в самом большем и самом меньшем своём воплощении (Небо, Землю, Тело) пронизывает жизненная сила универсальной энергии Ци. Гармония Неба, Земли и Тела зависит от чистоты «каналов», через которые она преосуществляется.

Для китайского мировоззрения свойственен «топографический», «энергетический» взгляд на организм и тело в символической системе алхимического знания. Энергетическая топографическая область мозга изображалась в виде Яшмового Дворца, обители святых мудрецов, достигших просветления. «Глаз мудрости» во лбу ассоциировался с энергией-символом Солнца, позвоночный столб – с Млечным Путём, брюшная полость – морем, символом непрекращающегося энергетического превращения Пневмы-Ци...[3, С. 346] Кроме символической функции, подразумевающей единство человека с космическими процессами, данная топография тела носила практическое значение.

Во-первых, она открывала подходы к методологическому синкретизму; китайская наука представляла собой троякий синтез знания. Так традиционная китайская медицина, Цигун как знание о Человеческой Ци считалось лишь частью «великого» Цигун. Другой частью знания являлось знание о Земной Ци, оно концентрировалось в геомантии и фэншуй. Последние практики занимались обустройством гармоничного земного ландшафта. Гармония и здоровье человеческого организма не представлялось возможным без таких внешних, в механистическом представлении, условий. Наконец предельно-высшая форма знания о судьбах мира и человека достигается через познание Небесной Ци, доступного, разве только, святым мудрецам [4].

Данные основания традиционной китайской науки интересны в контексте современных тенденций к синтезу, а не дифференциации научного знания. Действительно, западная наука, в своей классической стадии шла путём разделения естественнонаучного и гуманитарного знания, «наук о природе» и «наук о духе». Актуальность их новейшего объединения напрямую касается медицинской науки, актуальные проблемы которой находятся в зоне этого разлома.

Во-вторых, из символики связи части и целого, о представительстве целого в части, вытекает основная идея Цигун как медицинской техники. Её суть состоит в целенаправленном воздействии на те точки поверхности тела, которые через «каналы» Ци связаны с органом или энергетической зоной, ими представляемые. Поэтому техники Цигун успешно применяются в акупунктуре, акупрессуре, массаже, траволечении, гимнастике. Но, конечно, высшей цели практики Цигун обретают в практиках медитации, которые неизменно используются в оздоровительных и лечебных целях в качестве метода оздоровления (просветления) всего организма [4].

Вторым отличием древнекитайской модели мира принято называть понимание сущего в формах процессуальности, изменчивости, непостоянства, а не вещиности и оформленности как он представляется в механистических взглядах на мир. В китайской науке, вообще, отсутствует понятие вещи как чего-то обособленного. Поэтому китайская логика выстраивает свободные, ассоциативные, символические системы связей между несопоставимыми с точки зрения европейского ума вещами. Сами эти «вещи», поэтому, представляются непрерывными, неатомизированными событиями, делящимися и делимыми до бесконечности [1, С. 8].

По мнению А.И. Кобзева, китайская наука развивает нумерологическую логику, известную и европейской Античности (особенно пифагореизму), но прервавшуюся в европейской науке из-за победы абстрактно-логических процедур формализации, родообразования и классификации [2, С. 18 - 22]. Такой «коррелятивный» тип мышления восходит к архаической симпатической магии, использующий принцип подобия для объяснения и практического применения связей, находящихся за пределами формализующего рассудка.

Кроме нумерологии, китайская наука создаёт такую область знания как ритмология. Согласно ритмологическим представлениям, явление и вещь в гармоническом состоянии (в т.ч. видовой и вещной определённости) видится как свойство резонанса с родственным ему явлением и вещью; и, напротив, разлад, вызван несовпадением ритмов. Поэтому одинаковые пневмы-Ци, как и звуки-Тун откликаются и резонируют сквозь границы пространственно-временного континуума [1, С. 10]. Такие идеи не могли возникнуть в рамках механистического мировоззрения, но именно они представляют основу медицинских и гимнастических техник Цигун. Говоря же вообще, явления непрерывности в среде сегодня заново открываются в свете проблем неклассической науки, поэтому открытия традиционной науки и медицины становятся вновь актуальными.

Одним словом, синтетические процессы, проходящие в современной науке заново актуализируют объяснительные схемы традиционного знания о единстве человека и мира. То же касается медицины – новейшая стратегия медицины, как раз, видится рядом исследователей в расширении предметной сферы медицины. Медицина будущего только и возможна как широкий междисциплинарный синтез. Традиционные китайские целительные техники и в этом плане совпадают с современными стратегиями медицины здоровья, понимающей последнее как некий оптимум физического, психического и социального благополучия человека.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ФИЛОСОФИИ И МЕДИЦИНЫ

М.М. Гасанова (II курс, лечебный факультет)
Научный руководитель – асс. Я.Ф. Савин

*Кафедра философии, биоэтики с курсами истории Отечества, истории медицины и культурологи
(зав. – к.ф.н., доц. Н.Н. Мизулин)*

Философия и медицина одинаково древние по своему происхождению феномены культуры; их тесная связь проявляется в близости предметов исследования (изучение человека, его личности и влияния общества на личность), сходстве целей и задач, единстве методологии, ценностной ориентации. Несмотря на разные направления деятельности и разные пути поиска истины (медицина выбирает на заре своего существования путь практического действия, философия – путь теоретического обобщения и рефлексии), обе они решают одну и ту же проблему – проблему выживания человечества на Земле, проблему самоопределения человека как природного и культурного существа. В этом вопросе философия и медицина не могут не объединить свои усилия, поскольку порознь они лишены цельности – философия удаляется от эмпирии, «витаает в облаках», медицина же, погружаясь в исследование организма, забывает о личности, «утопает» в деталях и частностях. Философия и медицина связаны между собой издавна, но неоднозначно. Первая представляет собой наиболее абстрактное, отвлеченное от всех частных знаний; вторая – знание наиболее практическое, безусловным условием которого выступает сохранение жизни и здоровья людей. Философствуют мысленно, в голове. Путь философии от мыслей к поступкам проследить очень трудно. А для медика не меньше, если не больше знаний важны умения применить их к организму данного пациента. В хирургии умелые руки вообще важнее умной головы. Тем не менее, философов всегда интересовал человек, природные и социальные условия его жизни и деятельности, которые во многом и обеспечиваются медициной. Со своей стороны врачи и провизоры в разные исторические эпохи вдохновлялись представлениями о природе, социуме и человеке, которые высказывали философы. Тут возникает тема культурно-исторической связи философии и медицины. Исключительное место в комплексе наук о живой природе занимает медицина, поскольку объектом ее исследования является человек. Его биосоциальная сущность требует целостного диалектического подхода к изучению организма как в норме, так и в патологии, проникновения в диалектику организма, в принцип его единства и развития.

Естественно, что без овладения диалектико-материалистической философией этого сделать нельзя. В то же время развитие медицины дает чрезвычайно ценный материал и для самой философии, поскольку медицина связана с решением не только естественнонаучных, но и социальных задач, в частности таких, как обеспечение активного творческого долголетия человека.

Развитие медицины дает огромный материал как для обобщений новейших открытий в исследовании жизнедеятельности человеческого организма в норме и патологии, так и для подтверждения философских закономерностей, обогащения науки новыми выводами и понятиями и дальнейшего углубления и уточнения ее категорий. Медицина входит в комплекс наук о человеке, являясь частью «человековедения».

На всем протяжении истории культуры идеи объединения философского и медицинского знания ради постижения тайны жизни и тайны человека претворялись в трудах самых известных философов, медиков, естествоиспытателей. В результате чего сложилась особая отрасль знания – философия медицины, которая призвана обобщить имеющиеся практические знания о человеке как биологическом и социальном, материальном и духовном существе и найти адекватные пути адаптации человека к окружающим условиям жизни. Симбиоз философских и медицинских идей представляет собой древневосточная мудрость, заключенная в египетской «Книге мертвых», индийских Ведах, в учении китайских даосов (учение о бессмертии), а так же в трудах врачей – философов Востока (например, Авиценна). Основой восточной философии медицины всегда оставался принцип системности в изучении микро- и макрокосма, особенностью – рассмотрение человеческого организма как самодостаточной сущности, в которой неразрывно связаны дух и тело; болезни тела здесь рассматриваются, прежде всего, как болезни духа, соответственно лечение болезни – это прежде всего восстановление душевного равновесия и духовного здоровья. В Древней Греции – колыбели философского знания – философия и медицина также тесно сотрудничают и взаимообогащаются. Их объединяет стремление разобраться в человеческой психике, попытка ответить на вопрос, что есть человек, какова (личная и общественная) ценность человеческого здоровья, является ли человек существом биологическим или социальным (эти вопросы рассматриваются в работах таких знаменитых древнегреческих врачей и философов как Эмпедокл, Аристотель, Гиппократ и др.) В средневековой европейской традиции философские и медицинские исследования продолжают взаимопересекаться. Активно развивается новая отрасль знания, находящаяся на стыке философии, медицины и естественнонаучных исследований (прежде всего химии), включающая так же элементы ворожбы и колдовства, – алхимия. Несмотря на нереальные цели (поиски эликсира жизни или философского камня), алхимия сыграла положительную роль как в изучении человеческого существа (Дж. Фракасторо), так и в разработке некоторых приемов лабораторной техники, особенно

необходимой развивающейся практической медицине (например, перегонка, возгонка и др.). Европейские врачи-философы эпохи Средневековья (Ф. Рабле, Р. Бэкон, Парацельс, и др.) предвосхитили многие последующие медицинские открытия и разработки, приемы лечения болезней; они так же изучали воздействие общества (социального статуса личности) на развитие патологических процессов в организме. Преодолевая и пересматривая многие основы древней медицины и философии человека, средневековые ученые, естествоиспытатели способствовали внедрению химических препаратов в медицину, а так же заложили основы теории адаптации человека в окружающей среде.

Соотношение философии и медицины в эпоху Нового времени диктуется интересом к человеку, его новыми интерпретациями. Так, в философии французского материализма (идеи врачей Локка, Ламетри) человек понимается как машина, действующая по аналогии с макрокосмом (по законам классической механики Ньютона). В философии XIX века осмысляются проблемы человека как социального существа, проблемы влияния психики на развитие патологических процессов в человеческом организме. Идеи XIX века (Фрейд, гештальтпсихология и т. д.) послужили возникновению в начале XX века психосоматической медицины, опиравшейся в лечении человека на взаимосвязанность психических, соматических и даже социальных процессов, сопровождающих развитие человека. Философскими основами клинической медицины становится так называемая «философия врачевания», т. е. теория постановки диагноза, лечения, реабилитации и т. д., выстроенная в соответствии с пониманием сущности человека как психо-био-социального существа. В качестве философской основы профилактической медицины можно рассматривать исследования в области теории гигиены как оптимального состояния человека и окружающей среды. Философская теория ценностей составляет философский фундамент врачебной этики, деонтологии, клинической практики. Современная философия выступает в качестве методологического фундамента медицинского знания, что призвано объединить разрозненные частные исследования и системно применить их к изучению качественно своеобразной живой системы – человека. На первый план в деятельности современного врача выступает диалектический метод, поскольку только он обеспечивает комплексный, системный подход к вопросам болезни, ее лечения, профилактики, проведения реабилитационного периода.