

МЕЖДУНАРОДНЫЙ СТУДЕНЧЕСКИЙ НАУЧНЫЙ ВЕСТНИК

№ 2 2015

ISSN 2409-529X

Журнал издается с 2014 года

Электронная версия журнала: www.eduherald.ru

Главный редактор:

к.и.н., профессор РАЕ Старчикова Наталия Евгеньевна

Заместитель главного редактора:

Бизенков Евгений Александрович

Ответственный секретарь:

Нефедова Наталья Игоревна

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Агафонова М.С. (г. Воронеж), Акбасова А.Д. (г. Туркестан), Ахмеева В.И., Белецкая Е.А. (г. Белгород), Берестнева О.Г. (г. Томск), Бобкова М.Г. (г. Тобольск), Бубновская О.В. (г. Артем), Вишневская Г.В. (г. Пенза), Войткевич И.Н. (г. Юрга), Выхрыстюк М.С. (г. Тобольск), Голубева Г.Н. (г. Набережные Челны), Гормаков А.Н. (г. Томск), Горюнова В.В. (г. Пенза), Гребенникова К.В., Дзахмишева И.Ш. (г. Нальчик), Евстигнеева Н.А. (г. Москва), Егорова Ю.А. (г. Чистополь), Денисенко Ю.П. (г. Набережные Челны), Ершова Л.В. (г. Шуя), Егурнова А.А. (г. Комсомольск-на-Амуре), Зайкова С.А. (г. Ханты-Мансийск), Заярная И.А. (г. Находка), Звягинцева Т.В. (г. Харьков), Иванова Н.Н. (г. Ростов-на-Дону), Ильина В.Н., Каплунова О.А. (г. Ростов-на-Дону), Киреева Т.В. (г. Нижний Новгород), Кисляков П.А. (г. Шуя), Клименко Е.В. (г. Тобольск), Кобзева О.В. (г. Мурманск), Кобозева И.С. (г. Саранск), Кондратьева О.Г. (г. Уфа), Конкиева Н.А. (г. Санкт-Петербург), Корнев А.В. (г. Шуя), Косенко С.Т. (г. Санкт-Петербург), Кохан С.Т., Кочева М.А. (г. Нижний Новгород), Кочеткова О.В. (г. Волгоград), Кузнецов С.А. (г. Воронеж), Кулькова В.Ю. (г. Казань), Кунусова М.С. (г. Астрахань), Кучинская Т.Н. (г. Чита), Лебедева Е.Н. (г. Оренбург), Лядова Л.Н. (г. Пермь), Магомедова С.А. (г. Махачкала), Макарова М.Г. (г. Москва), Медведев В.П. (г. Таганрог), Медведева Н.И. (г. Ставрополь), Минахметова А.З. (г. Елабуга), Михайлова Т.Л. (г. Нижний Новгород), Мустафина Д.А. (г. Волжский), Омарова П.О. (г. Махачкала), Орлова И.В. (г. Москва), Осин А.К. (г. Шуя), Постникова Л.В. (г. Москва), Преображенский А.П., Ребро И.В. (г. Волжский), Решетникова О.М. (г. Москва), Ромах О.В. (г. Тамбов), Рыбинцева Г.В., Ткалич С.К. (г. Москва), Павлова Е.А. (г. Санкт-Петербург), Парушина Н.В. (г. Орел), Паршин А.В. (г. Иркутск), Привалова Ю.В. (г. Ростов-на-Дону), Рева Г.В. (г. Владивосток), Рогачев А.Ф. (г. Волгоград), Рыбанов А.А. (г. Волжский), Салаватова С.С. (г. Стерлитамак), Саттаров В.Н. (г. Уфа), Семёнова Г.И. (г. Тобольск), Смирнов В.В., Сотникова К.Н. (г. Воронеж), Тарануха Н.А., Терещенко А.А. (г. Харьков), Тесленко И.В. (г. Екатеринбург), Федуленкова Т.Н. (г. Владимир), Цепелева Е.В., Челтыбашев А.А. (г. Мурманск), Чесняк М.Г., Шагбанова Х.С. (г. Тюмень), Шаймухаметова Л.Н. (г. Уфа), Шалагинова К.С. (г. Тула), Шибанова-Роевко Е.А. (г. Тверь), Шпилькин Ю.И. (г. Шымкент).

Молодые ученые и студенты:

Прохоров А. (г. Астрахань), Мирзабеков М. (г. Махачкала), Пивоваров А. (г. Волгоград), Затылкин А. (г. Пенза), Лысенко А. (г. Пенза), Васькович Е.С. (г. Волгоград)

Журнал «МЕЖДУНАРОДНЫЙ СТУДЕНЧЕСКИЙ НАУЧНЫЙ ВЕСТНИК»
зарегистрирован в Федеральной службе по надзору за соблюдением законодательства
в сфере массовых коммуникаций и охране культурного наследия.

Свидетельство – ЭЛ № ФС-77-55504

Журнал представлен в Научной электронной библиотеке (НЭБ) – головном
исполнителе проекта по созданию Российского индекса научного цитирования
(РИНЦ).

Ответственный секретарь редакции – Нефедова Наталья Игоревна – +7 (499) 705-72-30

E-mail: review@rae.ru

Почтовый адрес – г. Москва, 105037, а/я 47, АКАДЕМИЯ ЕСТЕСТВОЗНАНИЯ,
редакция журнала «МЕЖДУНАРОДНЫЙ СТУДЕНЧЕСКИЙ НАУЧНЫЙ ВЕСТНИК»

Издательство и редакция: Информационно-технический отдел Академии Естествознания

Подписано в печать – 20.03.2015 г.

Формат 60x90 1/8

Типография ИД «Академия Естествознания», Саратов, ул. Мамонтовой, 5

Техническая редакция и верстка Е.Н. Доронкиной

Способ печати – оперативный. Усл.п.л. 16,4. Тираж – 500 экз. Заказ. МСНВ/2-2015

В журнале представлены материалы:
VII Международной студенческой электронной научной конференции
«Студенческий научный форум 2015»
Секции:

- Безопасность жизнедеятельности
- Неврология
- Процессы адаптации и дезадаптации в биологии и медицине
- Сестринское дело

СОДЕРЖАНИЕ

*VII Международная студенческая электронная научная конференция
«Студенческий научный форум 2015»*

Медицинские науки

СОСТОЯНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН <i>Авакян В.М., Серенко Е.О., Газимагомедов А.М., Алиев А.М.</i>	10
МОНИТОРИНГ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ <i>Айткулова М.К., Сапарбекова А.М., Орманбаева Р.М., Керимбаева А.М.</i>	10
БИЛИАРНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОБСТРУКЦИИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ <i>Аль канани Э.С., Клочков А.А., Клочкова Д.В.</i>	12
ИНТЕГРАЦИЯ МИКРОБИОЛОГИИ, ГИГИЕНЫ И ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ В ИЗУЧЕНИИ ВОПРОСОВ НА СТЫКЕ ДИСЦИПЛИН <i>Асадов Г.И., Сейранян А.М.</i>	14
О НЕКОТОРЫХ АСПЕКТАХ КАЧЕСТВА СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ <i>Астапенко К.К., Шабарова М.Н., Яковлева Т.М.</i>	15
ИССЛЕДОВАНИЕ У ЛИЦЕИСТОВ СТАРШЕГО ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА ИЗ КАРЕЛИИ СПОСОБНОСТИ АКТИВНОГО НАХОЖДЕНИЯ АНАЛОГИЙ ПРИ РЕШЕНИИ ТЕСТОВ НА ЛОГИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ <i>Белюсова Г.П., Савельева Е.В., Кондакова О.А.</i>	16
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА МИРИЗИ <i>Беседин Н.А. Ерыгина О.В.</i>	16
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ЙОДОДЕФИЦИТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ПРИМЕРЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН САНКТ-ПЕТЕРБУРГА, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПОЗДНЕМ СРОКЕ ГЕСТАЦИИ <i>Беспалова В.С., Тер-Оганесянц Э.А., Соболева Д.Е., Дора С.В.</i>	19
РАЗРАБОТКА ОПТИМАЛЬНОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ <i>Боровикова О.И., Колесникова Е.В., Куценко И.И., Колесникова Н.В.</i>	21
ПИЕЛОНЕФРИТ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ <i>Габдулвалеева Д.Х., Алиев Р.М., Хузиханов Ф.В.</i>	21
КОСТНОПЛАСТИЧЕСКИЕ СПОСОБЫ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ <i>Гусейнов А.А.</i>	22
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ ВРАЧА СТОМАТОЛОГА <i>Даллакян Л.А.</i>	23
АНАЛИЗ ОДОНТОГЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ <i>Дибцева Т.С., Бирюлькина Е.С., Фирсова Е.П.</i>	25
СТЕПЕНЬ РАССТРОЙСТВА ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ <i>Дмитриева О.А., Леоненко Е.А., Возжсова В.Н., Писанко Г.Г., Шевченко П.П.</i>	25
ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ <i>Донцова В.А., Ширяева Т.В., Абакумов А.А.</i>	26
ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЗДОРОВЬЕ ПОЛОСТИ РТА У СТУДЕНТОВ <i>Засемкова Е.А., Демидова В.В., Пигарева Ю.Е., Гончарова Д.А.</i>	27
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА В ФАЗЕ ОБОСТРЕНИЯ <i>Золотухина Д.И., Шевченко П.П.</i>	27
ЖЕВАТЕЛЬНАЯ РЕЗИНКА КАК СРЕДСТВО ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА <i>Иванова А.С.</i>	28
ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ДАГЕСТАНЕ <i>Исаханова С.М.</i>	29
РЕТИНОПАТИИ НЕДОНОШЕННЫХ У ДЕТЕЙ ОТ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ <i>Исмаилова М.А., Пулатова Ш.М.</i>	30
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ФАКТОРОВ РИСКА И ИСХОДОВ СЕПСИСА НОВОРОЖДЕННЫХ <i>Исмаилова М.А., Ходжамова Н.К., Абдурахмонова С.З., Сулейманова Л.И.</i>	30

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ: ИЕРСИНИОЗНАЯ ИНФЕКЦИЯ У РЕБЕНКА <i>Катхе С.В., Гаджиева Ш.Р.</i>	32
ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАВАЕМЫМИ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, НА ТЕРРИТОРИИ ГОРОДА КАЗАНЬ <i>Киясов И.А., Хузиханов Ф.В., Ичкеева А.А., Романова К.О.</i>	33
БИОЦИДНЫЕ СВОЙСТВА ЛЬНЯНЫХ МАТЕРИАЛОВ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ, МОДИФИЦИРОВАННЫХ НАНОРАЗМЕРНЫМИ МЕДЬСОДЕРЖАЩИМИ ПОРОШКАМИ <i>Клемина А.Д., Чуловская А.Л.</i>	36
ПОСТИНСУЛЬТНАЯ СПАСТИЧНОСТЬ – ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ. ЛЕЧЕНИЕ СПАСТИЧНОСТИ И ЗНАЧЕНИЕ СВОЕВРЕМЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ В РАННЕМ РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ <i>Кобеџ В.А., Прокашева М.В., Аринкин П.А.</i>	37
ХАРАКТЕРИСТИКА ВЕГЕТАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ БРУЦЕЛЛЕЗОМ <i>Кожажметова Д.К., Маукаева С.Б., Кудайбергенова Н.К., Куаньшиева А.Г.</i>	39
БОЛЕЗНЬ БЕХЧЕТА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ <i>Козлова Э.Ю.</i>	42
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ НЕОНАТАЛЬНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО СКРИНИНГА <i>Коноплева В.А.</i>	43
АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ГОРОДА ТУРКЕСТАН НА 2014 ГОД <i>Куандыкова А.К., Мамраимова Д.Н., Саруаров Е., Сауранбаев Е.</i>	44
АНАЛИЗ РОЖДАЕМОСТИ В Г. ТУРКЕСТАН, В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ И В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН. РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ <i>Куандыкова А.К., Ернарарова Ш.С., Ибрагимова Д.К., Амантай М.А.</i>	46
РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У ДЕТЕЙ ТУРКЕСТАНСКОГО РЕГИОНА ПО ВОЗРАСТАМ <i>Куандыкова А.К., Ибрагимова Д.К., Амантай М.А., Ернарарова Ш.С.</i>	47
РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ НОВОРОЖДЕННОГО И ЧАСТОТЫ РОДОВ ТУРКЕСТАНСКОГО РЕГИОНА РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН <i>Куандыкова А.К., Былантиева И.К., Раманова С.Т., Турманбаева А.А., Гайраткызы Д.Г.</i>	49
РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ДЕТСКОЙ СМЕРТНОСТИ ПО ВОЗРАСТАМ В ТУРКЕСТАНСКОМ РЕГИОНЕ <i>Куандыкова А.К., Амантай М.А., Ернарарова Ш.С., Ибрагимова Д.К.</i>	51
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОРЬЮ В ТУРКЕСТАНСКОМ РЕГИОНЕ <i>Куандыкова А.К., Ибрагимова С.И., Шарабитдинова Г.Г., Маймахова М.</i>	53
СОСТОЯНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ <i>Лисунова С.А., Нуцалова А.А., Магомедгаджиев М.Г., Абдулхаликов З.А.</i>	54
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОРИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ <i>Макарова К.О., Куаньшибаев С.Р., Балдина А.А., Бегайдарова Р.Х., Стариков Ю.Г.</i>	54
КУЛЕРНАЯ ВОДА ИЗВЕСТНЫХ ПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ ЕЁ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ СВОЙСТВА И ВЛИЯНИЕ НА ESHERICHIA COLI <i>Кнышова Л.П., Кулинич А.В., Морозов Е.А., Стрыгин А.В.</i>	56
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ПЛАСТИКИ УЗДЕЧКИ ЯЗЫКА У ДЕТЕЙ В РАЗЛИЧНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ <i>Нестерова А.Е., Тимошенко А.Н., Шишкина В.И.</i>	57
К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МАТЕРИАЛА «БИООСС» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ, АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА И НЁБА <i>Нестерова А.Е., Тимошенко А.Н., Фоменко И.В.</i>	57
ОБОСНОВАНИЕ ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ КАК МЕТОДА СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОДОНТОГЕННЫХ КИСТ У ДЕТЕЙ <i>Нестерова А.Е., Тимошенко А.Н., Касаткина А.Л.</i>	57
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ АМИЛОИДОЗА <i>Николаева О.В., Шептухина А.И., Козлов В.А., Сапожников С.П.</i>	58

ОПЫТНО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ РАБОТА ПО ВЕДЕНИЮ ПРОСВЕТИТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ИСКУССТВЕННОМУ ПРЕРЫВАНИЮ БЕРЕМЕННОСТИ В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ <i>Ускенбаева С.Т., Партиева А.</i>	59
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖЕНЩИН С ГИПОТОНИЧЕСКИМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ РОДАХ <i>Юдина И.А., Головченко О.В., Лебедева О.П., Пахомов С.П., Крикун Е.Н., Павленко К.В.</i>	60
ОСОБЕННОСТИ НЕКОТОРЫХ ЭТИЧЕСКИХ И ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ <i>Серышева Д.В., Пономарева Л.А., Романова М.М., Зуйкова А.А.</i>	61
ПИТАНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН КАК ПРОФИЛАКТИКА ИХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ <i>Рубан Д.Ю., Прокопцева Е.В., Панасенко Я.А., Утнасунов Р.Б.</i>	62
ТЕЧЕНИЕ КОСТНО-СУСТАВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА <i>Савина Л.Э., Гуляева Н.А.</i>	62
РАЗРАБОТКА СИМУЛЯТОРА ДЛЯ ОТРАБОТКИ МАНУАЛЬНЫХ НАВЫКОВ В ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКЕ <i>Сазонова В.Д., Шамрай Е.А.</i>	64
ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ НЕЙРОМЫШЕЧНЫХ КАПП ПРИ ЗАНЯТИЯХ СПОРТОМ <i>Степанов В.А., Рузиева А.Р., Любименко А.С., Белянская А.О.</i>	67
СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ <i>Стяжкина С.Н., Бекмачева Е.С., Грузда А.М.</i>	67
ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ФИТОПРЕПАРАТОВ, СОДЕРЖАЩИХ ЭКСТРАКТ ЗВЕРБОЯ, С ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ <i>Бойко С.А., Сущенко А.А., Пятых Е.А.</i>	67
ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИИ <i>Тетькина А.Н., Лекомцева Н.П.</i>	68
ОЧЕРКИ ГЕНДЕРНОЙ МЕДИЦИНЫ: ВЗГЛЯД КЛИНИЦИСТА НА ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ОСНОВНЫХ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ <i>Титов Е.А., Губанова Г.В., Рябошапко А.И.</i>	69
ГРИБКОВОЕ ТЕЛО КЛИНОВИДНОЙ ПАЗУХИ НОСА <i>Ткаченко М.С.</i>	71
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ НЕОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ <i>Гусев К.А., Гусева М.А., Федоров В.Э.</i>	73
НУЖДАЕМОСТЬ В САНАЦИИ И ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ УЧАЩИХСЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ-ИНТЕРНАТА САНАТОРНОГО ТИПА <i>Фурсик Д.И., Фурсик Т.И., Петрова Е.Ю.</i>	75
РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ: ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ, ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ <i>Целоева Д.М., Шевченко П.П.</i>	76
МИГАТЕЛЬНЫЙ ДВИГАТЕЛЬНЫЙ ПАТТЕРН ПРИ КОГНИТИВНЫХ ПРОЦЕССАХ ВОСПРИЯТИЯ ЗРИТЕЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ <i>Шакурова А.Р., Гришин С.Н., Низамутдинов С.И.</i>	76
ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПСОРИАЗА НА ФОНЕ ИНДУКЦИОННОЙ ТЕРАПИИ УСТЕКИНУМАБОМ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ) <i>Шарова Я.А.</i>	78
РОЛЬ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ПУТЕМ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ <i>Шаяхметова Р.Р., Хузиханов Ф.В., Маллаева К.Н.</i>	79
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПСИХОВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК <i>Шерстнев Д.Г., Елизарова С.Ю., Сидорович О.В.</i>	81
КРИСТАЛЛОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН <i>Шильковский Ю.А., Ковалевский А.Д.</i>	81

ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ <i>Шинтаев Т.К., Вяликова Ю.В., Алиева А.Я., Найко Ю.В., Шляхова И.Ю.</i>	82
МИКРОСКОПИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРИ ДИСБИОЗЕ ВЛАГАЛИЩА НА ФОНЕ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ <i>Шляпкикова М.П., Морева Ж.Г.</i>	83
СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У БЕРЕМЕННЫХ С ПОЗДНИМИ ТОКСИКОЗАМИ <i>Ярмова Э.Н., Солодова Ю.О., Денисенко Л.Н., Сербин А.С.</i>	83
<hr/>	
Секция «Безопасность жизнедеятельности»	
научный руководитель – Малинина Елена Владимировна	
СТРАТЕГИЯ ПОВЕДЕНИЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ В КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЯХ <i>Денисов А.В., Михалюк М.А., Малинина Е.В.</i>	84
О СОСТОЯНИИ И МЕРАХ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ НАРКОМАНИИ <i>Сысоева Я.А., Демьянова Л.М.</i>	84
<hr/>	
Секция «Неврология»	
научный руководитель – Карпов Сергей Михайлович	
ПЕРЕСАДКА СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК БОЛЬНЫМ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ КАК НОВЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ <i>Абдуллаева А.М., Шевченко П.П.</i>	85
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ КУПИРОВАНИЯ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО СТАТУСА <i>Аскарова А.Т., Вардак Зияульхак, Шевченко П.П., Карпов С.М.</i>	86
НАРУШЕНИЯ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ <i>Бадахова Д.К., Шевченко П.П.</i>	87
АЛКОГОЛИЗМ, КАК МИРОВАЯ ПРОБЛЕМА <i>Васильков Ю.Ю.</i>	87
КОРРЕКЦИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ <i>Гадиян К.В., Шевченко П.П.</i>	88
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА: ОСТРЫЙ РАССЕЯНЫЙ ЭНЦЕФАЛОМИЕЛИТ И РАССЕЯНЫЙ СКЛЕРОЗ <i>Гайтукаева Х.М., Шевченко П.П.</i>	89
ВОЗДУШНАЯ ТРАВМА ГОЛОВНОГО МОЗГА, КАК СЛЕДСТВИЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ВЗРЫВНОЙ ВОЛНЫ <i>Ганджа А.Н.</i>	90
ПОЛОВАЯ ДИСФУНКЦИЯ У МУЖЧИН С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ <i>Гаршина Д.С.</i>	91
ИЗМЕНЕНИЕ ЛИЧНОСТИ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ УПОТРЕБЛЕНИИ АЛКОГОЛЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АЛКОГОЛИЗМЕ <i>Гридин И.И., Шевченко П.П.</i>	92
СОВРЕМЕННЫЕ НЕЙРОИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ <i>Дахильгова Ф.Т., Шевченко П.П., Карпов С.М.</i>	93
ДИАГНОСТИКА КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМАХ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ <i>Дзамихов К.К., Чаблина Е.И., Карпов А.С.</i>	94
СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ <i>Долгова И.Н., Шевченко П.П., Лукина Е.А., Гриценко А.Ю., Кубанова А.А.</i>	95
ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ В КЛИНИКЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА <i>Дудов Т.Р., Шевченко П.П.</i>	96
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ <i>Жамурзова Э.Х., Шевченко П.П.</i>	97
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА <i>Жируева Е.Н., Карпова Е.Н.</i>	98

ПЕРВЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА В ДЕБЮТЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ <i>Заргарова А.С., Шевченко П.П.</i>	99
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ В ИЗУЧЕНИИ ПАРКИНСОНИЗМА С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СТАТИСТИКИ <i>Карданова К.А.</i>	100
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ МИННО-ВЗРЫВНОЙ ТРАВМОЙ <i>Косенко М.М., Бахадова Э.М.</i>	100
ЭТИЧЕСКИЕ И ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА <i>Крутина Я.С., Шевченко П.П.</i>	101
НЕЙРОСТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ У БОЛЬНЫХ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ <i>Кудрявцева В.Д., Шевченко П.П.</i>	101
ДЕБЮТ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА <i>Лысенко А.А., Шевченко П.П.</i>	102
ГИПЕРТЕРМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ КАК ДЕБЮТ РАЗВИТИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА <i>Мамедова А.Э., Хамдард А.А., Шевченко П.П.</i>	103
СОЦИАЛЬНО-БЫТОВЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ БОЛЬНЫМ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ И ИХ РОДСТВЕННИКАМ <i>Найдёнова Т.Е., Шевченко П.П.</i>	103
ФИЗИОПРОЦЕДУРЫ У БОЛЬНЫХ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ <i>Попадопуло А.Д., Шевченко П.П., Карпов С.М.</i>	104
НЕОТЛОЖНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ, РАЗВИВШЕМСЯ У БЕРЕМЕННЫХ, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ <i>Селезнева М.А., Яценко И.А., Шевченко П.П.</i>	105
РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ И БЕРЕМЕННОСТЬ <i>Селезнева А.А., Шевченко П.П.</i>	106
ОСОБЕННОСТИ ДЕБЮТА РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА У ДЕТЕЙ <i>Тамбиева Ф.И., Шевченко П.П., Карпов С.М.</i>	107
СИРИНГОМИЕЛИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ <i>Тамбиева М.А., Шевченко П.П.</i>	107
КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНОГО С ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ЭПЕНДИМОМОЙ КОНСКОГО ХВОСТА В ТЕЧЕНИЕ ПЯТНАДЦАТИ ЛЕТ <i>Чаблина Е.И.</i>	108
НАСЛЕДСТВЕННАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К РАССЕЯННОМУ СКЛЕРОЗУ <i>Чотчаева А.А., Шевченко П.П., Карпов С.М.</i>	109
Секция «Процессы адаптации и дезадаптации в биологии и медицине» научный руководитель – Макеева Анна Витальевна	
СОЗДАНИЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ МОДЕЛЕЙ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ <i>Антюфеева А.А., Луцик М.В.</i>	110
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У КРЫС В УСЛОВИЯХ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ <i>Высоцкая Д.В., Крюков В.М.</i>	111
СОЦИОКУЛЬТУРНАЯ АДАПТАЦИЯ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ ВГМА ИМ. Н.Н. БУРДЕНКО КАК ФАКТОР УСПЕШНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА <i>Гриднева Е.А., Шамарин И.А.</i>	112
ВЛИЯНИЕ ВНЕШНИХ ФАКТОРОВ НА АКТИВНОСТЬ ФЕРМЕНТОВ ЦИКЛА ПУРИНОВЫХ НУКЛЕОТИДОВ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ <i>Ильдербаева Г.О., Жетписбаев Б.А., Ильдербаев О.З.</i>	113
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСТРЫХ ЛИМФОБЛАСТНЫХ ЛЕЙКОЗОВ У ДЕТЕЙ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Корабельникова И.С., Гребенникова И.В.</i>	113
ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ СТУДЕНТОВ ВО ВРЕМЯ ЭКЗАМЕНАЦИОННОГО СТРЕССА <i>Ретина Д.А., Раскина Е.А., Новикова А.О., Дорохов Е.В., Карпова А.В.</i>	115

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОБРАЗОВАНИЯ ПЕРВИЧНЫХ ПРОДУКТОВ ПОЛ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ПОВРЕЖДЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ТКАНЕЙ <i>Симион А.Ю., Макеева А.В., Лидохова О.В.</i>	117
ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА: ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ И ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ <i>Скогорева Н.В., Макеева А.В.</i>	118
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ОРГАНИЗМА К ИЗМЕНЕНИЮ СВОБОДНО-РАДИКАЛЬНОГО РАВНОВЕСИЯ ПОД ВЛИЯНИЕМ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА И ФАКТОРОВ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ СРЕДЫ <i>Субботин К.А., Макеева А.В.</i>	120
ВЕГЕТАТИВНЫЙ ОТВЕТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ НА ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС <i>Ткачёва В.И., Надежкина Е.Ю., Филимонова О.С.</i>	121
ГЕМИЧЕСКАЯ ГИПОКСИЯ И ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ГЕМОГЛОБИНА <i>Фурсова У.Н., Луцик М.В.</i>	122
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ГЕМОСТАЗА <i>Шишонко А.И., Щербакова И.Г., Гребенникова И.В.</i>	123
<hr/>	
Секция «Сестринское дело»	
научный руководитель – Камынина Наталья Николаевна	
ОСОБЕННОСТИ ОБЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ С ПАЦИЕНТАМИ С РАЗЛИЧНОЙ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНОЙ БОЛЕЗНИ <i>Журавлева Е.С., Островская И.В.</i>	126
ПОКАЗАТЕЛИ ОЦЕНКИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕРЕВЯЗОЧНОЙ МЕДСЕСТРЫ <i>Кузнецова Е.А., Косцова Н.Г.</i>	127
НАКОПИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА <i>Лесничая Л.А., Иванов А.В.</i>	130

**VII Международная студенческая электронная научная конференция
«Студенческий научный форум 2015»**

Медицинские науки

**СОСТОЯНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН**

Авакян В.М., Серенко Е.О., Газимагомедов А.М., Алиев А.М.
*Волгоградский государственный медицинский университет,
Волгоград, Россия, e-mail: studentstom@rambler.ru*

Важным аспектом жизни любого индивидуума является здоровье [1] и одно из его производных – стоматологическое здоровье. Стоматологическое здоровье отождествляется со способностью органов и тканей зубочелюстной системы на сто процентов осуществлять свои функции в течение продолжительного времени.

До сих пор стоматологическое здоровье населения является объектом многочисленных исследований, так как на данный момент в структуре общей заболеваемости стоматологические заболевания занимают третье место [2,3,4,5]. Стоматологическое здоровье беременных женщин характеризуется высокой распространенностью кариеса зубов, поражений тканей пародонта, неудовлетворительным уровнем гигиенического состояния полости рта [6,7,8,9]. Состояние здоровья беременных влияет на антенатальные процессы минерализации эмали молочных зубов ребенка, поэтому лечение и профилактика кариеса у беременной женщины является антенатальной профилактикой кариеса зубов будущего ребенка [10].

Нами проведен анализ 47 историй болезни беременных женщин. Результаты анализа показали, что поражаемость кариесом верхней челюсти составила 51,9%, нижней челюсти – 48,1%. Поражаемость кариесом различных групп зубов показал, что наиболее часто у беременных поражались кариесом моляры 54,4% случаев, из них моляры верхней челюсти 29,2%, моляры нижней челюсти 25,2%. Премоляры поражались в 28,7% случаев: 13,4% на верхней челюсти, 15,3% на нижней челюсти. Частота поражения резцов была 16,9%, из них 9,3% на верхней челюсти и 7,6% на нижней челюсти.

Анализ поражаемости кариесом отдельных моляров был следующим. Поражаемость первых моляров составила 29,4% – на нижней челюсти 15,1%, на верхней 14,3%. Второй моляр поражен в 19,2%: 11,2% случаев на верхней челюсти, 8,0% на нижней челюсти. Третий моляр 5,8%, из них на верхней челюсти поражен в 3,7% случаев, на нижней в 2,1%. Следовательно, большое внимание при проведении профилактики кариеса зубов до беременности и во время беременности необходимо уделять молярам верхней и нижней челюсти, особенно первым. А также необходимо проводить профилактическую работу с девушками в школах и учебных заведениях, а также с беременными женщинами при постановке на учет в женской консультации, используя общеизвестные и доступные методы и средства просветительской деятельности.

Список литературы

1. Сызранова Н.Н., Денисенко Л.Н. Внеучебная деятельность школьников здоровьесберегающей направленности // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. – 2012. – Т. 14, № 4. – С. 336-337.
2. Афанасьева О.Ю., Малоюков А.В., Максютин И.А., Сербин А.С., Алешанов К.А. Роль и проблемы внедрения медицинских стандартов в стоматологии // Медицинский алфавит. – 2012. – Т. 4, № 19. – С. 3-5.
3. Крюкова А.В., Осипов А.Е., Денисенко Л.Н. Стоматологическое здоровье студентов // Успехи современного естествознания. – 2013. – № 9. – С. 54.
4. Цырюльников А.А., Крюкова А.В., Денисенко Л.Н. Стоматологический статус студентов // Успехи современного естествознания. – 2014. – № 6. – С. 120-121.

5. Афанасьева О.Ю., Малоюков А.В., Сербин А.С., Денисенко Л.Н., Алешанов К.А. Гарантии и гарантийные обязательства на стоматологическое лечение // Медицинский алфавит. – 2014. – Т. 3, № 13. – С. 57-59.

6. Харитонов М.П., Смирнова А.М. Применение низкоинтенсивного лазерного излучения в комплексном лечении хронического катарального гингивита у беременных женщин с тромбофилией // Маэстро стоматологии. – 2012. – № 46. – С. 7-11.

7. Денисенко Л.Н., Данилина Т.Ф., Ткаченко Л.В., Касибина А.Ф., Данилина Е.В. Влияние железодефицитной анемии на состояние полости рта беременных женщин // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2007. – № 3. – С. 68-71.

8. Лепилин А.В., Дубровская М.В. Иммунологические нарушения в формировании заболеваний пародонта у беременных // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2010. – Т. 6, № 2. – С. 392-396.

9. Денисенко Л.Н., Данилина Е.В. Оценка состояния пародонта беременных женщин до и после лечения // Электронный научно-образовательный вестник Здоровье и образование в XXI веке. – 2010. – Т. 12, № 10. – С. 496-497.

10. Денисенко Л.Н. Влияние железодефицитной анемии на состояние полости рта беременных женщин. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук // Волгоградский государственный медицинский университет. – Волгоград, 2007.

**МОНИТОРИНГ БОЛЕЗНЕЙ
СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ
НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

Айткулова М.К., Сапарбекова А.М.,
Орманбаева Р.М., Керимбаева А.М.

*Казахский Национальный Медицинский Университет
им. С.Д. Асфендиярова, ГКП на ПХВ «Поликлиника ВОВ»,
Алматы, Республика Казахстан, e-mail: moli_-92@mail.ru*

Здоровье населения Казахстана является ключевым ресурсом развития государства, а показатели здоровья населения – важнейшим критерием развития общества. Из Послания президента РК – «утверждение здорового образа жизни и развитие медицины позволит увеличить продолжительность жизни казахстанцев до 80 лет и выше. Казахстан станет одним из ведущих евразийских центров медицинского туризма. РК должна стать одной из самых безопасных и комфортных для проживания людей стран мира. Мир и стабильность, справедливое правосудие и эффективный правопорядок – это основа развитой страны» [1].

В рамках Государственной программы реформирования и развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы поставлена задача масштабного скринингового исследования на БСК на уровне первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) [2]. Скрининг является важной профилактической стратегией, конечной целью которой является снижение распространенности болезней в популяции. Одним из видов мониторинга БСК являются скрининги – раннее выявление заболеваний. Скрининги – профилактические медицинские осмотры здоровых лиц определенного возраста для выявления факторов риска и заболеваний на ранних стадиях, с целью повышения эффективности лечения и предупреждения развития осложнений. Скрининг включает: антропометрические измерения (рост, масса тела, окружность талии); измерение артериального давления, проведение лабораторных и инструментальных исследований в зависимости от целевой группы.

Ответственность человека в изменении образа жизни, включая адекватную физическую активность, соблюдение сбалансированного питания, контроль за массой тела, артериальным давлением, отказ от употребления табака и алкоголя позволят предупредить развитие заболеваний. Реализация скрининга позво-

лит определить ограниченную когорту населения с имеющимися патологическими признаками (факторами риска) и направить на неё систему диагностических, лечебных и профилактических мероприятий

В настоящее время наблюдается устойчивая тенденция роста заболеваемости и инвалидности от БСК, что диктует острую необходимость повышения эффективности амбулаторно-поликлинической работы по выявлению БСК. Показатель заболеваемости БСК в динамике с 2007 по 2009 годы на 100 тыс. взрослого населения в Казахстане возрос в 1,1 раза. БСК наносят существенный экономический ущерб и снижают ожидаемую продолжительность жизни [3,4].

Цель исследования – анализ эффективности и качества мониторинга пациентов с БСК на догоспитальном уровне в условиях ГКП на ПХВ «Поликлиника ВОВ» города Алматы.

Материал и методы

Исследование проведено на базе ГКП на ПХВ «Поликлиника ВОВ». Согласно приказу РК № 145 от 16.03.2011г. проводились скрининговые осмотры целевых групп взрослого населения на БСК в возрасте 18, 25, 30, 35, 40, 42, 44, 46, 48, 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64 лет (не состоящих на «Д» учете по поводу артериальной гипертензии (АГ), ишемической болезни сердца (ИБС)) [5]. Пациентам проводилось определение уровня холестерина и глюкозы крови; электрокардиография по показаниям; осмотр кардиолога, эндокринолога – по показаниям (рисунок 1).

В поликлинике произведен мониторинг острого коронарного синдрома (ОКС) за 2014 год. У 6 пациен-

тов зафиксированы явления острого коронарного синдрома – у 1 женщины и 2 мужчин. Проанализировано количество и структура обращений в разрезе медицинских организаций за 2014 год в ГКП на ПХВ «Поликлиника ВОВ». Количество прикрепленного населения всего – 34896 человек. Сделано посещений всего 102338, в.т.ч на дому – 7789, структура посещений по заболеваемости – 22311, по поводу диспансеризации – 15327, по поводу профосмотров – 3770, по поводу прививок – 2620, по поводу медико-социальных проблем – 171. Из общего числа посещений: посещения к узким специалистам – 13982, по направлению организаций ПМСП – 2927.

Мониторинг острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) за 2014 год показал, что в ГКП на ПХВ «Поликлиника ВОВ» зарегистрировано 10 пациентов с этим диагнозом. Из них все состоят на диспансерном учете и госпитализированы. Данные мониторинга нестабильной стенокардии (НС) указывают, что всего нуждалось в оперативном лечении – 24 пациента, из них произведено стентирование 8 пациентам. У 30 пациентов отмечалось ухудшение течения заболевания, выявленное при скрининге – у 4 больных, при обращении – у 44. Госпитализированы 22 пациента. Тромболитическая терапия проводилась на догоспитальном этапе 22 пациентам. По данным мониторинга БСК на амбулаторном уровне выявлено 1115 больных.

Результаты исследования

За последний год отмечается тенденция к увеличению охвата скринингом пациентов в целом по поликлинике (рисунок 2).



Рис. 1. Алгоритм проведения профилактического осмотра по раннему выявлению болезней кровообращения

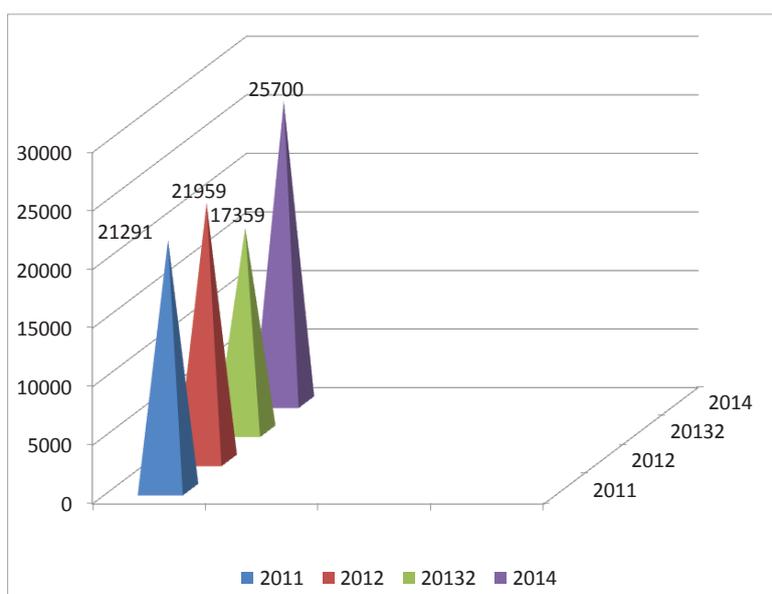


Рис. 2. Охват скрининговыми осмотрами

По данным профилактического медицинского осмотра путем скрининговых обследований пациентов в возрасте 16-64 лет на БСК в 2012 году было обследовано 7157 пациентов. Из них здоровы – 5536 человек. Из поведенческих факторов риска (ФР) преобладали курение – у 393 пациентов (24,2%), низкая физическая активность – у 111 (6,8%). В меньшей степени БСК было вызвано злоупотреблением алкоголем – у 4 человек (0,25%). Из биологических ФР в большей степени встречалась гипертензия – у 1223 человек (75,4%), гиперлипидемия – у 9 пациентов (0,6%). Наследственность была отягощена в меньшем количестве случаев – у 8 человек (0,49%). Гипергликемия встречалась реже – у 2-х пациентов (в 0,12%).

В 2013 г. было обследовано гораздо больше пациентов – 8482. Из них здоровы – 6390 человек. Из поведенческих ФР преобладали ожирение – у 1872 человек (89,5%), низкая физическая активность – у 495 (23,7%), курение – у 311 пациентов (14,7%). В меньшей степени БСК было вызвано злоупотреблением алкоголем – у 16 человек (0,76%). Из биологических ФР в большей степени встречалась гипертензия – у 930 человек (44,5%), отягощенная наследственность была у 35 пациентов (1,67%). Такие факторы, как гиперлипидемия и гипергликемия не встречались.

В 2014 г. было обследовано меньше пациентов – 6271. Из них здоровы 4742 человек. Из поведенческих ФР преобладали ожирение – у 1766 человек (96,5%), низкая физическая активность – у 87 (4,8%), курение – у 82 пациентов (4,5%). В меньшей степени БСК было вызвано злоупотреблением алкоголем – у 4 человек (0,2%). Из биологических ФР в большей степени встречалась гипертензия – у 294 человек (16%), отягощенная наследственность была у 26 пациентов (1,4%). Такие факторы, как гиперлипидемия и гипергликемия встречались с меньшей частотой (в 1,6 и 0,13% соответственно).

После этого больные были направлены на консервативное медикаментозное лечение в условиях дневного стационара поликлиники. В последующем эти пациенты наблюдались 1 раз в 1 месяц первые 3 месяца, затем 1 раз в 3 месяца.

В структуре БСК преобладала хроническая патология сердечно-сосудистой системы, такая как АГ, ИБС, аритмии сердца, хроническая сердечная недостаточность. ОКС выявлялся больше при обращении пациентов, нежели при проведении скрининга на БСК.

Выводы. Таким образом, отмечается рост выявления БСК с преобладанием пациентов пожилого возраста. У лиц пожилого возраста из модифицируемых факторов риска преобладают курение, повышенная масса тела и артериальная гипертензия, среди немодифицируемых – возраст. Данные ФР являются трудно корригируемыми у лиц пожилого возраста, т.к. влияние этих факторов увеличивается с возрастом.

Результаты данного исследования свидетельствуют, что скрининговые исследования позволяют выявить в основном хроническую патологию сердечно-сосудистой системы на ранних стадиях. В связи с этим четкая организация обследования пациентов с использованием доступного высокоинформативного диагностического оборудования позволит повысить эффективность и качество раннего выявления, лечения и диспансерного наблюдения пациентов с БСК.

Необходимым фактором для успешной реабилитации пациентов с хронической патологией сердечно-сосудистой системы является разработка мер первичной и вторичной профилактики развития БСК. Кроме того, постоянное мониторирование БСК на догоспитальном этапе позволит уменьшить развитие осложнений с улучшением прогноза заболевания.

Список литературы

1. Послание Президента Республики Казахстан Н. Назарбаева народу Казахстана от 17 января 2014 г.
2. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2011 – 2015 годы «Саламатты Қазақстан» № 1113 от 29.11.2009 г. – Интернет-ресурс: www.medinfo.kz.
3. Сагындыкова А.Ж. Организация медицинской помощи пожилым – важная задача здравоохранения // CONSILIUM MEDICUM. – 2010. – Т. 27, № 3. – С. 94-95.
4. Погодина А.Б., Газимов А.Х. Основы геронтологии и гериатрии. – Ростов на Дону: Феникс, 2007. – С. 60-65.
5. Приказ МЗ РК № 145 от 16.03.2011. «О внесении изменений в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года № 685 «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения». – Интернет-ресурс: www.medinfo.kz.

БИЛИАРНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОБСТРУКЦИИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Аль канани Э.С., Клочков А.А., Клочкова Д.В.

*Белгородский Государственный Национальный
Исследовательский Университет,
Медицинский Институт,*

*ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница
Святителя Иоасафа», Белгород, Россия,
e-mail: senseyl70187@mail.ru*

Актуальность проблемы

В последние годы в билиарной хирургии все большее значение стало приобретать эндоскопическое транспапиллярное стентирование желчных протоков как основного метода восстановления оттока желчи у больных с крупным холедохолитиазом [1]. Частота стентирования при лечении крупного холедохолитиаза может достигать от 5% до 20%. При этом авторы указывают, что транспапиллярное стентирование является высокоэффективным малотравматичным методом лечения механической желтухи различного генеза [2]. Функция эндопротеза у таких больных заключается не только в восстановлении оттока желчи, но и выполнении «каркасной» функции с предотвращением смещения и «вклинения» камня. С этой целью рекомендуется использовать пластиковые стенты с формой дистального и проксимального сегмента типа pig tail, при этом проксимальный сегмент стента должен располагаться выше камня, а дистальный – в ДПК [3]. Вместе с тем, в литературе обсуждается вопрос об эффективности различных по конфигурации и материалам стентов. Остаются неизученными вопросы эффективности применения нитиноловых сетчатых самораскрывающихся стентов с покрытием или без него у больных с крупным холедохолитиазом и пластиковых стентов [4]. У больных старческого возраста с тяжелейшими сопутствующими заболеваниями стентирование является единственным способом ликвидации желтухи, холангита и восстановления желчеотока [5].

Недостатком внутреннего дренирования при холедохолитиазе и прием литолитических препаратов является невозможность контроля положения стента в желчных протоках и своевременной диагностики его обтурации и миграции [6]. Некоторые авторы отмечают, что утверждения об уменьшении размеров конкрементов при стентировании, встречавшиеся в зарубежной литературе, не нашли своего подтверждения, но проведение эндобилиарного стентирования является оправданным паллиативным методом лечения холедохолитиаза у пациентов преклонного возраста и высокого операционного риска [7]. Эндопротезирование также применяется в комплексном этапном эндоскопическом лечении свежих травм и послеоперационных рубцовых стриктур желчных протоков [8].

Цель работы – определить показания и диапазон применения билиарного эндопротезирования пластиковыми стентами при доброкачественной обструкции желчных протоков по материалам хирургического отделения №1 Белгородской областной клинической больницы «Святителя Иоасафа».

Материал и методы исследования

Общее число больных, находившихся на обследовании и лечении с осложненной желчнокаменной болезнью составило 210 человек, К исследуемой группе больных были отнесены пациенты, распределенные на 4 подгруппы. Практически у всех больных отмечалось сочетание нескольких осложнений желчнокаменной болезни, поэтому анализ результатов лечения и принятую в клинике тактику лечения мы решили рассмотреть с позиции преобладающей патологии с одной стороны и преимущественного способа лечения с другой (табл. 1).

Таблица 1

Характер осложнений ЖКБ по группам

Осложнение ЖКБ	Всего пациентов
Холедохолитиаз	99
ПХЭС	42
Стеноз БСДК	3
с. Миризи	15
Холангит	15
Дивертикул	4
Крупный холедохолитиаз	32

Из общего числа пациентов женщин было чел. (61,9%), мужчин – человек (38,09%). Соотношение женщин и мужчин составило 3:1.

Средний возраст пациентов составил 63,4±15,0 лет. Средний возраст женщин составил 62,4±15,4 лет, мужчин – 66,3±13,4 лет. Различия в среднем возрасте мужчин и женщин статистически значимы (t=3,7; df=1065; p=0,000).

Максимальный возраст пациентов составил 91 год, минимальный – 27 лет. Число пациентов в возрасте 60 лет и старше составило чел. (72,8%). Сопутствующие заболевания наблюдались у (58,5%) пациентов, причем у (35,7%) наблюдалось одно заболевание, у (19,04%) 2 заболевания, у (8,09%) три заболевания, у четырех (5,2%) 4 сопутствующих заболевания.

Общее количество оперативных вмешательств при осложненной ЖКБ составило, что представлено в таблице 2.

ЭТПВ при осложненной ЖКБ в большинстве случаев выполняли в первые сутки от момента поступления больного в хирургическое отделение из-за опасности усугубления течения острого билиарного панкреатита и для ранней декомпрессии билиарного дерева, чтобы не допустить развития или прогрессирования холангита.

Для транспапиллярных вмешательств использовали однопросветные папиллотомы KD-28Q 9, а также торцевые папиллотомы (needle-knife), рабочей частью которого является выдвигающаяся с торцевой части инструмента игла или струна KD-10Q и KD-11Q (Olympus®Согр.). Для проведения катетера доставочно-устройства OASIS через зону билиарной обструкции нами использовались струны-проводники MET-35-480, MET-25-480 (проводник с гидрофильным покрытием и метрической разметкой) (Wilson-Cook®MedicalInc.). Для НБД использовали самостоятельно изготовленные из рентгеноконтрастной полимерной трубки диаметром 5-6 Fr дренажи с 3-4 отверстиями на конце, который оставляется в просвете протока.

Таблица 2

Общая характеристика оперативных вмешательств у больных с осложненной ЖКБ

Операции	Число операций	% операций
ЭРХПГ, ЭПСТ	51	12,08%
ЭРХПГ, ЭПСТ с ЛЭ	14	3,31%
ЭРХПГ, ЭПСТ с НБД	17	4,02%
ЛЭ	56	13,27%
ЛЭ (2 попытки)	12	2,84%
ЛЭ (3 попытки)	2	0,47%
НБД	43	10,18%
ДЛТ	15	3,55%
Стентирование холедоха	180	42,65%
дренирование холедоха по Холстеду	3	0,71%
Атипичная папиллотомия	11	2,6%
дренирование по Керу	5	1,18%
Лапаротомия, ХЭ	5	1,18%
ХЭ+ХЛТ	5	1,18%
ХЭ, ХЛТ, ХДА по Юрашу	1	0,23%
ЧЧМХС	2	0,47%
Всего	422	100,0

Эндопротезирование желчных протоков выполняли с помощью пластиковых стентов. Использовали в основном стенты типа Tannenbaum – TTSO диаметром 8,5, 10 и 11,5 Fr (Wilson-Cook Medical Inc.). Для доставки пластиковых стентов использовали систему доставки стентов OASIS (Wilson-Cook Medical Inc.).

Результаты и обсуждение

ЭТПВ при осложненной ЖКБ в большинстве случаев выполняли в первые сутки от момента поступления больного в хирургическое отделение из-за опасности усугубления течения острого билиарного панкреатита и для ранней декомпрессии билиарного дерева, чтобы не допустить развития или прогрессирования холангита.

Как показали наши исследования, эндобилиарное стентирование при холедохолитиазе обладает определенной спецификой:

1. Уровень обструкции при холедохолитиазе, как правило, многокомпонентный;
2. Блок желчных протоков (конкремент) может смещаться при проведении стента в связи с миграцией конкрементов;
3. Срок активной жизни пациентов данной категории значительно более продолжителен, чем при стентировании пациентов с механической желтухой злокачественного генеза;
4. Преодолевать блок холедоха приходится не от центра ОЖП, так как циркулярные сужения редко возникают при холедохолитиазе, а пристеночно, по периферии, что требует определенного упорства и создает дополнительную лучевую нагрузку на медицинский персонал;
5. Иногда стентирование проводилось несколькими стентами для более плотной их фиксации и обеспечения адекватного желчеоттока.
6. После стентирования назначалась стандартная литолитическая терапия (урсосан 2 капсулы утром, 3 вечером) на 4-6 мес. с повторной попыткой экстракции конкрементов.

С 2008 года при «крупном» и «трудном» холедохолитиазе широко использовалась методика эндобилиарного стентирования. Данное вмешательство в 91,7% случаях оно было эффективным.



Рис. 1. ЭРХГ. Отмечается расширение ОЖПд о 17 мм, в дистальном отделе тень конкремента до 1,5 см (обозначено стрелкой)

Эндоскопическая папиллотомия в чистом виде выполнялась во всех случаях, при этом оценивалось соответствие диаметра конкремента и созданного холедоходуоденального соустья для самостоятельного отхождения конкрементов, что контролировалось динамическим УЗИ, выполняемым на следующие сутки после вмешательства. Критериями эффективности эндоскопического вмешательства считали купирование явлений билиарной гипертензии и наличие пневмобилии. Во всех случаях эндоскопическая папиллотомия сочеталась с попытками одновременной литоэкстракции и механической литотрипсии корзиной Дормана.

При «трудном» холедохолитиазе (расположении конкрементов в долевых протоках, средней трети холедоха) приходилось выполнять этапные эндоскопические вмешательства, направленные на устранение явлений желтухи, холангита и подготовки больных к последующим вмешательствам.

Заключение

Как показали наши исследования, в диагностике и чреспапиллярном лечении различных форм осложненной ЖКБ, рекомендуется использовать ЭПСТ, ДУВЛ и другие чреспапиллярные вмешательства, что обеспечивает высокую точность диагностики холедохолитиаза и других осложнений ЖКБ, а так же позволяет выбрать рациональную тактику лечения больных, объем эндоскопических операций и прогнозировать их эффективность. При невозможности выполнения по техническим причинам литоэкстракции и механической литотрипсии у больных с крупными и множественными камнями, высокой степенью операционного риска необходимо использовать комплексное лечение – эндоскопическое стентирование с выполнением в последующем программных литоэкстракций на фоне проводимой литолитической терапии.

Список литературы

1. Стентирование желчных протоков при желчнокаменной болезни / А.С. Балалыкин, В.В. Юрченко, В.В. Гвоздик [и др.]: науч. тр. XII всерос. съезда эндоскоп. хирургов, Москва, 18-20 февр. 2009 г. // Эндоскопическая хирургия. – 2009. – Т. 15, № 1. – С. 28.
2. Эндоскопическое стентирование желчевыводящих путей в лечении панкреатобилиарной гипертензии / А.Н. Бухарин, Г.Л. Сачелашвили, А.Д. Тимошин [и др.] // Актуальные проблемы хирургической гепатологии: XVII междунар. конгр. хирургов-гепатологов стран СНГ, Уфа, 15-17 сент. 2010 г.: тез. докл. / РАМН, Ассоц. хирургов-гепатологов России и стран СНГ, Башкир. гос. мед. ун-т Росздрава [и др.]. – Уфа, 2010. – С. 15-16.
3. Эндоскопические технологии в лечении заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны / А.Е. Котовский, К.Г. Глебов, Г.А. Уржумцева [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. – 2010. – Т. 15, № 1. – С. 9-18.
4. Use of fully covered self-expanding metal stents for the management of benign biliary conditions / J. Garcia-Cano, L. Taberna-Arana,

C. Jimeno-Ayllón [et al.] // Rev. Esp. Enferm. Dig. – 2010. – Vol. 102, № 9. – P. 526-532.

5. Котовский А.Е. Эндоскопическое транспапиллярное стентирование желчных протоков при холедохолитиазе / А.Е. Котовский, К.Г. Глебов // Анналы хирургической гепатологии. – 2009. – Т. 14, № 1, прил. – С. 12-13. – (Пленум правления ассоц. хирургов-гепатологов стран СНГ, Рязань, 20-21 марта 2009 г.: тез. науч. работ).

6. Временное эндоскопическое стентирование желчных протоков / Ю.Г. Старков, Е.Н. Солодина, К.В. Шишин [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2007. – № 6. – С. 20-25.

7. Зыков С.А. Тактика эндобилиарного стентирования при холедохолитиазе / С.А. Зыков, В.В. Юрченко, О.И. Хабаров; материалы XIV съезда о-ва эндоскоп. хирургов России, Москва, 16-18 февр. 2011 г. // Альманах института хирургии им. А.В. Вишневского. – 2011. – Т. 6, № 1. – С. 103-104. –

8. Use of fully covered self-expanding metal stents for the management of benign biliary conditions / J. Garcia-Cano, L. Taberna-Arana, C. Jimeno-Ayllón [et al.] // Rev. Esp. Enferm. Dig. – 2010. – Vol. 102, № 9. – P. 526-532.

ИНТЕГРАЦИЯ МИКРОБИОЛОГИИ, ГИГИЕНЫ И ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ В ИЗУЧЕНИИ ВОПРОСОВ НА СТЫКЕ ДИСЦИПЛИН

Асадов Г.И., Сейранян А.М.

ГБОУ ВПО Ивановская государственная
медицинская академия МЗ РФ, Иваново, Россия,
e-mail: seyranyan-94@mail.ru

Установление логической связи между изучаемыми на микробиологии, гигиене и общей хирургии вопросами позволит студентам лучше понимать материал. Цель: представить интеграцию изучения микробиологии, гигиены и общей хирургии. Дизайн исследования: нами был проведен анализ вопросов к занятиям по выше представленным дисциплинам, протоколов, и обучающих экспериментальных работ. В результате проведенной учебно-исследовательской работы была выявлена интеграция микробиологии, гигиены и общей хирургии на примере таких занятий как: «Микробы и внешняя среда» и «Антагонизм микробов и антибиотиков» по микробиологии; «УФ-недостаточность и ее профилактика», «Гигиена воды и водоснабжения населенных мест» по гигиене; «Асептика и антисептика» по общей хирургии. Важно подчеркнуть, что вопросы действия физических и химических факторов на бактерии разбираются в общей медицинской микробиологии, что дает базу для изучения конкретных вопросов гигиены и общей хирургии. Так, действие УФ-излучения на бактерии в начале разбиралось на занятии «Микробы и внешняя среда» по микробиологии, затем в доказательство бактерицидного действия УФ лучей на занятии по гигиене был проведен опыт по облучению чашек Петри с культурами бактерий. В последующем на занятии по общей хирургии было представлено использование УФ-излучения для обеззараживания воздуха в операционных. На этом же занятии по микробиологии «Микробы и внешняя среда», когда изучалась микрофлора окружающей среды и методы выявления бактерий, были проведены опыты по определению общего микробного числа воды и почвы, что явилось основой для изучения темы «Вода и водоснабжение населенных мест» на гигиене, где были проведены опыты по определению коли-титра и коли-индекса воды и почвы. На микробиологии по теме «Антагонизм микробов и антибиотиков» были разобраны механизмы и проведены опыты по изучению действия асептиков и антибиотиков на бактерии, а также методы стерилизации в медицине, что явилось основой для изучения темы «Асептика и антисептика» на общей хирургии. Вывод: интеграция изучения микробиологии, гигиены и общей хирургии позволяет студентам лучше понимать материал при выполнении обучающих экспериментальных работ, с последующим применением на практике.

О НЕКОТОРЫХ АСПЕКТАХ КАЧЕСТВА СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ

Астапенко К.К., Шабарова М.Н., Яковлева Т.М.
 Московский областной медицинский колледж № 1,
 Москва, Россия, e-mail: mshabarova@mail.ru

Возрастающие требования к качеству медицинских услуг и сестринской помощи делают необходимым изучение вопроса критериев качества сестринской помощи.

В настоящее время качество сестринской помощи для пациента – это такие условия, в которых производилось сестринское вмешательство, реализовывались профессионализм медицинских сестер, их личные качества, профессиональное общение и результат помощи соответствующий ожиданиям пациента.

В связи с этим, рассмотрение отдельных аспектов качества деятельности медицинской сестры и вопросов выявления критериев качества, повышающих уровень профессиональной компетентности, приобретают особую актуальность.

Исследованию вопросов качества медицинских услуг и сестринского ухода посвящено большое количество отечественных и зарубежных работ. Специалисты – сходятся во мнении, что значимыми критериями качества сестринской помощи являются профессионализм и внимательность. Опираясь на эти характеристики, можно предположить, что пациент, обращаясь за медицинской помощью, часто обеспокоен тем, в чьих руках он окажется и насколько квалифицированный специалист, будет оказывать ему помощь. При этом большую роль играет доверие пациента и способность медицинской сестры оказать квалифицированную помощь. Медицинской сестре важно учитывать психологическое состояние пациента и по возможности его улучшить, предупредительно сообщить о ходе выполнения манипуляции, о ее значимости, это может быть простой разговор, с целью отвлечения внимания пациента во время выполнения процедуры, для лучшей переносимости манипуляции.

Вместе с тем, при изучении факторов, влияющих на качество сестринской помощи, было выявлено, что способствуют повышению качества – эффективное руководство, квалифицированный персонал, наличие мотивации, высокий уровень оснащения, благоприятная производственная среда, учет и контроль. Снижают качество – жесткое планирование, необъективные показатели оценки работы, учет только количественных показателей, частые перестановки в руководстве и пр.

С целью анализа мнений о критериях качества сестринской помощи, нами был проведен опрос студентов – будущих медицинских сестер Московского областного медицинского колледжа № 1. Студенты отмечали, что стаж, не является критерием и залогом качественного оказания сестринской помощи, все зависит от специалиста, который осуществляет эту деятельность. При этом, было установлено, что влияет на оказание сестринских услуг, так называемый «человеческий фактор»: состояние здоровья медицинского работника, его эмоциональный настрой в момент оказания помощи. У данной категории сотрудников должно быть достаточно времени для сна и отдыха, поскольку длительная напряженная работа в условиях постоянного напряжения, а нередко и при экстремальных ситуациях, постепенно приводит к профессиональному и эмоциональному выгоранию, вследствие чего страдает качество медицинской помощи и выздоровление пациента. Кроме этого, опрос позволил констатировать, что помимо равновесного режима труда и отдыха, медицинским сестрам важно дать возможность профессионально развиваться, совершенствоваться, реализовывать свой потенциал, возможность делиться опытом, заниматься научно-исследовательской работой. Все это поможет создавать благоприятную рабочую атмосферу и снизить количество внутренних конфликтов. При этом, возможность профессионального развития может являться способом мотивирования медицинских сестер к совершенствованию своей работы. На рис. 1 отражены результаты опроса студентов специальности «Сестринское дело»:

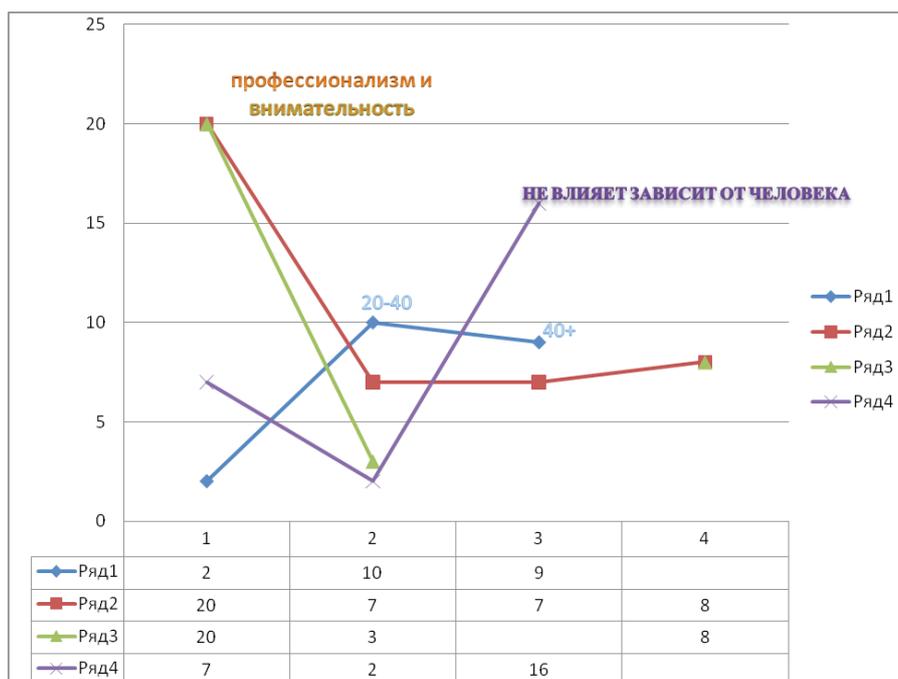


Рис. 1. Опрос студентов специальности «Сестринское дело»

1. Возраст 20-40 лет и 40 лет и старше;
2. Наиболее значимое качество медицинской сестры – профессионализм;
3. Критерии качества сестринской помощи – уровень профессионализма и внимательность;
4. Влияние стажа медицинской сестры на качество ее работы.

Таким образом, структура понятия «качество» может включать внутреннюю и внешнюю составляющие. И основными критериями качества медицинской помощи являются не только результативность работы, ее эффективность, но прежде всего, способность медицинской сестры влиять на пациента с помощью своих личностных и профессионально – значимых качеств.

ИССЛЕДОВАНИЕ У ЛИЦЕИСТОВ СТАРШЕГО ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА ИЗ КАРЕЛИИ СПОСОБНОСТИ АКТИВНОГО НАХОЖДЕНИЯ АНАЛОГИЙ ПРИ РЕШЕНИИ ТЕСТОВ НА ЛОГИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ

¹Белоусова Г.П., ²Савельева Е.В., ²Кондакова О.А.

¹Петрозаводский государственный университет;

²Муниципальное бюджетное образовательное учреждение
Петрозаводского городского округа «Лицей №40»,
Петрозаводск, Россия, e-mail: gerda51@mail.ru

В старшем подростковом возрасте вопросы, касающиеся изучения региональных различий профилей психофизиологической деятельности, а также познавательной активности учащихся, недостаточно изучены. Умение учащихся работать с поступающей информацией, развитие способности мыслить логически является одним из факторов, определяющих готовность к обучению, а также успешную адаптацию к учебной деятельности. По мнению специалистов в условиях Севера экологический стресс, проведение экзаменов в виде ЕГЭ, ИГА способствуют усилению психо-эмоционального стресса, значительному росту учащихся в группах высокого медико-социального риска. Учитывая, что в старшем школьном возрасте адаптационные системы организма характеризуются в определенной степени функциональной незрелостью, нам представлялось интересным изучение способности конструирования аналогий у обучающихся лицея, в зависимости от половой принадлежности.

Целью работы было изучение способности активного нахождения простых логических аналогий мышления у старшеклассников лицея. В исследовании участвовали 66 учащихся (36;д; 30;ю) муниципального бюджетного образовательного учреждения Петрозаводского городского округа «Лицей №40», в возрасте 16,7±0,11 и 16,4±0,13 года, соответственно, без жалоб на состояние здоровья, с моторным предпочтением правой руки. Методом психометрирования, при помощи компьютерного комплекса «НС-ПсихоТест» (программа «НейроСофт 2004, НС-ПсихоТест» г. Иваново), изучался уровень отвлеченного мышления с использованием клинического теста «логическое мышление», из 20 вопросов. Исследование проводили в первой половине дня, в фоновом состоянии. Согласно инструкции испытуемому, в каждом вопросе предлагалась пара слов, состоящих друг с другом в определенных логических отношениях; а также третье слово, к которому он должен был выбрать из списка слово, находящееся к нему в отношениях, аналогичных тем, в которых находилась первая пара слов. Например: вопрос №1. Школа – директор. Кружок – ..., с вариантами ответа: 1) председатель 2) член 3) руководитель 4) заведующий 5) посетитель. Содержа-

ние вопросов теста было направлено на выявление у испытуемых уровня способности активного конструирования аналогий. Число правильных ответов при выполнении теста подсчитывали в баллах. Вычислялся индекс успешности (ИУ,%) по формуле:

$$\text{ИУ} = (\text{Число правильных ответов} / \text{Общее число ответов}) \times 100.$$

Клиническая интерпретация способности к логическому мышлению проводилась в баллах по общепринятой шкале: <5 – «низкая», 5-11 – «средняя» и 12-20 – «высокая» способность. Полученные результаты обрабатывали в группах исследования, с использованием статистических методов. Изучение количественных показателей при выполнении тестового задания с конструированием логических аналогий у обучающихся лица показало, что у девочек число правильных ответов составляло в среднем 9,8±0,47 балла, с колебаниями от 2 до 16 баллов, медиана равнялась 10 баллам. Величина ИУ у девочек составляла в среднем 49±3,1%, с колебаниями от 10% до 60%, медиана составляла 50%. У мальчиков число правильных ответов в тесте колебалось от 3 до 15 баллов, с медианой равной 11,5 баллов, и средней величиной 10±0,7 баллов. Величина ИУ у мальчиков, по сравнению с девочками, колебалась от 15% до 75%, медиана составляла 57,5%. В среднем значение ИУ у мальчиков соответствовало 50,2±3,6%. Статистический анализ, с привлечением критерия Манна-Уитни, не выявил существенных половых различий в результативности (p=0,717). Диагностика полученных результатов показала, что в популяции лицейстов наблюдается 3% лиц – с «высокой», 58,5% – со «средней» и 38,5% – с «низкой» способностью к логическому мышлению. При этом наибольшая вариабельность способности логического мышления отмечалась у девочек, лица с «низкой» способностью к логическому мышлению составляли 44,4%, со «средней» – 50%, с «высокой» – 5,6%. У мальчиков, лица с «низкой» способностью к логическому мышлению составляли 31%, и со «средней» – 69%.

Таким образом, старшеклассники лицея, как девочки, так и мальчики, характеризуются относительно низким уровнем операционной составляющей при активном конструировании аналогий. Считаем, что стихийное формирование приемов логического мышления в процессе обучения и воспитания старшеклассников лицея оказывает негативное влияние на развитие познавательного мышления.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА МИРИЗИ

Беседин Н.А. Ерыгина О.В.

Белгородский государственный национальный
исследовательский университет, Белгород, Россия,
e-mail: erygina_ksusha@mail.ru

Введение

Проблемой современной хирургии гепатобилиарной зоны остается диагностика и лечения синдрома Миризи (СМ). Исследования последних лет показали, что СМ следует считать осложнением желчнокаменной болезни (ЖКБ), первоначальным морфологическим признаком которого является сдавление проксимального отдела гепатикохоледоха, завершающееся либо формированием стриктуры, либо образованием холецисто-холедохеального свища [1]. СМ – одно из наиболее неблагоприятных осложнений ЖКБ, требующее индивидуального подхода, как в диагностике, так и в лечении. Это особенно справедливо для пациентов с хронической формой СМ, большинство кото-

рых больные пожилого и старческого возраста, часто имеющие тяжелые сопутствующие заболевания и относящиеся к группе высокого операционно-анестезиологического риска [2]. Как правило, у данных больных нет патогномичных клинических симптомов, позволяющих с высокой точностью заподозрить это осложнение, в диагностике используется такой же комплекс диагностических мероприятий, что и при осложненной ЖКБ, причем при ЭРХПГ и чрескожной чреспеченочной холангиостомии он диагностируется всего в 20,4% [3]. В последнее время большое внимание уделяется различным методам хирургической коррекции, в том числе с использованием видеолапароскопической техники. Методы хирургического лечения, применяемые при С. Миризи можно разделить на 3 группы. К первым относятся традиционные хирургические, выполняемые из традиционного доступа или с помощью набора мини-ассистент [4]. Ко вторым Использование видеолапароскопических технологий, причем прецизионность и совершенствование техники ЛХЭ являются выбором в лечении ЖКБ в ее осложненных формах, предупреждая развитие возможных осложнений. Сморщенный желчный пузырь с выраженными рубцовыми изменениями вокруг него, СМ и подозрение на него, выраженный воспалительный инфильтрат или рубцовый процесс в области шейки желчного пузыря, не позволяющий выделить элементы треугольника Кало, являются показанием к лапаротомии [5]. В связи с вышеуказанным некоторые авторы выступают против лапароскопического метода лечения, предпочитая открытые операции и считая их более безопасным выбором. Лапароскопические методы лечения с успехом применяются в основном при I типе синдрома. При этом, если операция дополняется интраоперационной холангиографией и эхографией, то риск повреждения желчных протоков минимален и операцию с успехом можно завершить без конверсии.

В третьей группе лечение данного синдрома начинают с использования миниинвазивных эндоскопических технологий, а также методов интервенционной радиологии, что позволяет не только оценивать состояние желчных протоков, но и, что не менее важно, переводить первично диагностическую процедуру в лечебную – дренирование желчных протоков ретроградным или антеградным способом [6, 7, 8]. Так Охотников О.И. и соавт. 2009, указывают, что при отсутствии технической возможности безопасной ЧЧХС (незначительное расширение внутривенных желчных протоков или его отсутствие), а так же при синдроме острой блокады БСДПК эндоскопическое ретроградное пособие является методом выбора. В 9 наблюдениях данными авторами выполнена этапная механическая и пневматическая литотрипсия и литоэкстракция из модифицированной микрохоледосто-

(или) микрохолангиостомы 24-26 Fr., традиционным способом оперирована всего 1 больная [2]. Те же авторы отмечают, что у больных пожилого и старческого возраста, безуспешности эндоскопических транспапиллярных вмешательств антеградные вмешательства на желчных протоках и БСДПК, включающие контактную литотрипсию и лиэкстракцию, продленное наружно-внутреннее холедоходуodenальное дренирование, антеградную чреспеченочную баллонную дилатацию БСДПК, а так же антеградное низведение одиночных конкрементов в ДПК, могут быть альтернативой другим методам лечения [9].

Цель работы – улучшение результатов лечения больных СМ.

Материал и методы

Общее число больных, находившихся на обследовании и лечении с осложненной желчнокаменной болезнью составило 1018 человек. В работе анализируются результаты лечения 41 (4%), больных с СМ, находившихся на лечении в хирургическом отделении №1 Белгородской областной клинической больницы Свяителя Иоасафа. Из них было 34 женщин (82,9%) и 7 мужчин (17,1%). Средний возраст – 61,7±13,5 лет. Средний возраст мужчин – 66,1±14,0 лет, средний возраст женщин – 60,8±13,5 лет.

Изменения биохимических показателей крови больных с СМ представлены в табл. 1.

Из 41 пациента у 30 (73,2%) отмечалась гипербилирубинемия.

Результаты и обсуждение

Как было сказано ранее, лечение СМ остается одной из сложнейших проблем современной абдоминальной хирургии, это связано с трудностями диагностики данного заболевания, преобладанием среди больных лиц пожилого и старческого возраста, когда выполнение открытого лапаротомного вмешательства невозможно. В качестве первого диагностического и лечебного мероприятия использовали эндоскопические транспапиллярные вмешательства.

Больным с синдромом Миризи были выполнены следующие операции, представленные в табл. 2.

Несомненным является тот факт, что сдавление общего желчного протока трансформируется в стриктуру, если хирургическое вмешательство откладывается, а заболевание приобретает затяжное течение, в котором периоды благополучия чередуются с обострениями. С течением времени стенки желчного пузыря и гепатикохоледоха сближаются до полного соприкосновения, чему способствует присутствие крупного камня в гартмановском кармане. Под действием его массы усугубляются уже имеющиеся нарушения трофики, возникает перфорация (пролежень) стенок желчного пузыря и желчного протока с последующим формированием пузырно-холедоального свища (рис. 1).

Таблица 1

Изменения биохимических показателей крови больных с СМ

Биохимические показатели	Среднее	Стандартное отклонение	Минимум	Максимум
Билирубин (моль/л)	124,4	134,8	5,9	532,9
АСТ (ед/л)	129,9	158,2	13,0	906,8
АЛТ (ед/л)	178,0	236,6	7,7	1209,6
Амилаза (ед/л)	43,6	26,7	12,0	147,0
Креатинин (мкмоль/л)	85,8	31,9	2,5	165,5
Мочевина (моль/л)	8,3	13,9	1,8	92,0

Характер оперативных вмешательств при синдроме Миризи

Характер вмешательства	Абс.	%
ЭРХПГ, ЭПСТ	8	10,0
ЭРХПГ, ЭПСТ с ЛЭ	5	6,3
ЭРХПГ, ЭПСТ с НБД	8	10,0
Литоэкстракция	4	5,0
Литоэкстракция в 2 попытки	3	3,8
Назобилиарное дренирование	15	18,8
Дистанционная ударно-волновая литотрипсия	1	1,3
Стентирование Общего желчного протока	6	7,5
Эндоскопическое вмешательство (ЭРХПГ, ЭПСТ, ЛЭ) с последующей ВЛХЭ	4	5,0
Литоэкстракция при рецидивном холедохолитиазе	2	2,5
Лапаротомия, холецистэктомия, дренирование холедоха по Холстеду	1	1,3
ВЛХЭ	5	6,3
Атипичная папиллотомия	3	3,8
Лапаротомия, холецистэктомия, дренирование по Керу	13	16,3
Лапаротомия, ХЭ	1	1,3
Лапаротомия, холецистэктомия, холедохолитомия, ХДА по Юрашу	1	1,3
Всего	80	100

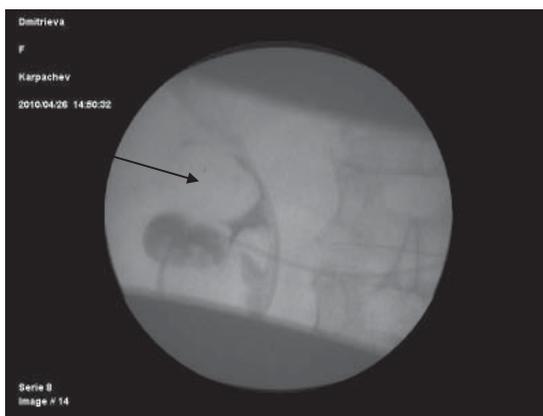


Рис. 1. ЭРХПГ при синдроме Миризи пролежень конкрементом (обозначено стрелкой) стенки кармана Гартмана и холедоха (II тип по С. McSherry)



Рис. 2. ЭРХПГ. Синдром Миризи II тип по С. McSherry

Через это патологическое сообщение из желчного пузыря в просвет ОЖП устремляются конкременты, диаметр свища увеличивается за счет потери ткани в зоне компрессии. В итоге сужение проксимального отдела ОЖП ликвидируется, желчный пузырь сокращается в объеме, исчезают его шейка, гартмановский карман и значительная часть тела.

В финале желчный пузырь напоминает дивертикулообразное образование, сообщающееся с просветом внепеченочного желчного протока посредством широкого соустья. Пузырный проток в подавляющем большинстве наблюдений отсутствует (рис. 2).

При I типе синдрома Миризи по С. McSherry, который встречается гораздо реже, эндоскопическое вмешательство носит в основном диагностический характер и направлено на разгрузку билиарного дерева перед выполнением холецистэктомии, что представлено следующим клиническим наблюдением.

Клинический пример. Больной Х., 73 лет (история болезни №4258) поступил в хирургическое отделение № 1 БОКБ Святителя Иоасафа 01.10.2010 с жалобами на тяжесть в правом подреберье, желтушность кожи и слизистых оболочек. Болен в течение 2-е дней, когда стали беспокоить перечисленные выше жалобы. Сопутствующая патология: ИБС, атеросклеротическая болезнь сердца, атеросклероз аорты, хроническая сердечная недостаточность I, функциональный класс II. При УЗИ ОЖП и внутривеночные желчные протоки не расширены, желчный пузырь увеличен, в просвете – конкременты, стенки слоистые, в малом тазу незначительное количество свободной жидкости. Биохимический анализ крови: креатинин 107 мкмоль/л, мочевина 6,9 ммоль/л, общий билирубин 85 мкмоль/л, прямой – 68 мкмоль/л, общий белок 76,1 г/л, амилаза 147 ед/л, АСТ 261 ед/л, АЛТ 210 ед/л, креатинин 165 мкмоль/л Клинический анализ крови: Эритроциты $4,5 \times 10^{12}$, гемоглобин 136 г/л, тромбоциты 240×10^9 , лейкоциты $8,3 \times 10^9$ (э-0, п-3, с-87, л-3, м-1).

В экстренном порядке 01.10.2010 выполняется ЭТПВ в объеме ЭРХГ, ЭПСТ, НБД, при котором диагностируется компрессия ОЖП на уровне ворот печени (рис. 3). 05.10.2010 при уровне билирубина 25 мкмоль/л выполняется ВЛХЭ. Больной выписан в удовлетворительном состоянии на 5-е сут. после операции.

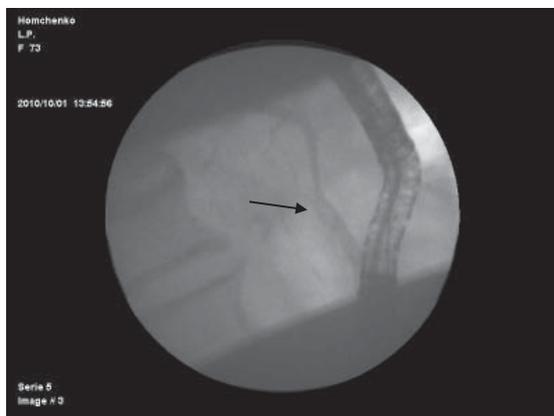


Рис. 3. ЭРХГ больного X. с синдромом Мирizzi 1 тип по С. McSherry. Сдавление ОЖП шейкой желчного пузыря (обозначено стрелкой), умеренная эктазия внутрипеченочных желчных протоков

В лечении синдрома Мирizzi все шире используются максимально малоинвазивные эндоскопические методики. Поэтому с целью диагностики и первого этапа вмешательства больным выполнялось ЭРХПГ, ЭПСТ с последующим выполнением этапных литотрипсий и экстракций, в 1 случае удалось выполнить ДУВЛ. В 4-х случаях после санации билиарного дерева выполнена ВЛХЭ. В 6 случаях при тяжелой сопутствующей патологии, пожилым и старческом возрасте ограничили стентированием общего желчного протока.

В 4-х случаях диагноз данного заболевания устанавливался во время ВЛХЭ, основными его признаками были инфильтрат в подпеченочном пространстве справа, отсутствие пузырного протока с пролабированием конкремента из просвета пузыря в просвет ОЖП. Оперативное вмешательство завершали отсечением желчного пузыря от ОЖП с запасом тканей, позволявших выполнить пластику стенки ОЖП путем использования клипс или наложением интракорпорального шва.

У 15 (36,6%) больных из 41 пациента с СМ выполнены открытые традиционные вмешательства. У 13 больных использовалась стандартная и более простая методика, заключающаяся в выполнении лапаротомии, холецистэктомии, холедохолитотомии с дренированием ОЖП по Керу. Холецистэктомию выполняли с запасом тканей стенок пузыря, чтобы при необходимости выполнить пластику дефекта стенки ОЖП. Данное вмешательство выполнялось только при полной уверенности в адекватном желчеоттоке, обеспеченном ЭТПВ, что подтверждалось при контрольной ЭРХПГ и интраоперационной холеграфии. В одном случае при невозможности обеспечения при ЭТПВ адекватного желчеотока наложен ХДА, в другом случае после выполненной ЭПСТ, механической литотрипсии и литоэкстракции после полной санации билиарного дерева выполнена лапаротомия, холецистэктомия.

Заключение

Таким образом, на современном этапе, эндоскопические методы диагностики и лечения больных с осложненной ЖКБ в сочетании с методиками эндоби-

лиарного стентирования, ДУВЛ и позволяют в 90% случаев добиться адекватной декомпрессии и санации желчных протоков, а при наличии синдрома Мирizzi только у 36,6% выполнять открытые лапаротомные вмешательства.

Список литературы

1. Назыров Ф.Г. Диагностика и лечение синдрома Мирizzi / Ф.Г. Назыров, М.М. Акбаров, М.Ш. Нишанов // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2010. – № 4. – С. 67-73.
2. Охотников О.И. Рентгенохирургическое лечение синдрома Мирizzi у больных с высокой степенью операционно-анестезиологического риска / О.И. Охотников, С.Н. Григорьев, М.В. Яковлева // Анналы хирургической гепатологии. – 2009. – Т. 14, № 3. – С. 22-29.
3. Диагностика и лечение внутренних желчных свищей у больных с желчнокаменной болезнью / Э.Х. Байчоров, В.И. Грязнов, Б.Б. Хадиев [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. – 2009. – Т. 14, № 4. – С. 43-47.
4. Шиленок В.Н. Синдром Мирizzi: диагностика, лечебная тактика / В.Н. Шиленок, Э.Я. Зельдин, В.Н. Соболев // Актуальные проблемы хирургической гепатологии: XVII междунар. конгр. хирургов-гепатологов стран СНГ, Уфа, 15-17 сент. 2010 г.: тез. докл. / РАМН, Ассоц. хирургов-гепатологов России и стран СНГ, Башкир. гос. мед. ун-т Росздрава [и др.]. – Уфа, 2010. – С. 148.
5. Влияние рубцово-воспалительного процесса на результаты лечения больных с калькулезным холециститом / Ч.С. Германович, С.И. Яковлев, В.Ю. Самсонов [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 2009. – Т. 15, № 3. – С. 12-14.
6. Чрескожное чреспеченочное желчеотведение у больных механической желтухой: 25 лет эволюции метода / В.Г. Ившин, И.В. Малафеев, А.Ю. Якунин [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. – 2009. – Т. 14, № 1, прил. – С. 11. – (Пленум правления ассоц. хирургов-гепатологов стран СНГ, Рязань, 20-21 марта 2009 г.: тез. науч. работ).
7. Ahlawat S.K. Mirizzi syndrome / S.K. Ahlawat, R. Singhania, F.H. Al-Kawas // Curr. Treat. Options. Gastroenterol. – 2007. – Vol. 10, № 2. – P. 102-110.
8. New diagnostic and surgical approach to Mirizzi syndrome / B.J. Sánchez, S.R. Cabezali, L.E. Monsalve [et al.] // An. Med. Interna. – 2007. – Vol. 24, № 6. – P. 281-284.
9. Охотников О.И. Транспиллярные миниинвазивные вмешательства при холедохолитиазе / О.И. Охотников, С.Н. Григорьев, М.В. Яковлева // Анналы хирургической гепатологии. – 2011. – Т. 16, № 1. – С. 58-62.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ЙОДОДЕФИЦИТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ПРИМЕРЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН САНКТ-ПЕТЕРБУРГА, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПОЗДНЕМ СРОКЕ ГЕСТАЦИИ

Беспалова В.С., Тер-Оганесянц Э.А.,
Соболева Д.Е., Дора С.В.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: lerabespalova@yandex.ru

Актуальность

Неотъемлемой частью гормонов щитовидной железы (ЩЖ) является йод. Под влиянием тиреоидных гормонов (ТГ) во время внутриутробного развития закладываются и формируются церебральные функции плода, а также другие органы и системы. Поэтому беременные женщины являются основной группой риска развития йододефицитных заболеваний (ЙДЗ) и не должны иметь даже лёгкий йододефицит (ЙД). ЙДЗ можно предупредить. В настоящее время существует 2 метода профилактики ЙДЗ: массовая профилактика – использование йодированной соли (ЙС) – и групповая/индивидуальная – применение препаратов йодида калия. Второй метод профилактики применяется среди групп риска развития ЙДЗ. Однако, несмотря на усилия международных организаций по борьбе с ЙДЗ, большая часть населения планеты имеет недостаток йода. Российская Федерация (РФ) также является территорией лёгкого ЙД.

Цель исследования: определить йодобеспечение женщин, находящихся в 3 триместре беременности, и оценить эффективность проводимых методов профилактики ЙД среди представительниц основной группы риска ЙДЗ, проживающих в Санкт-Петербурге.

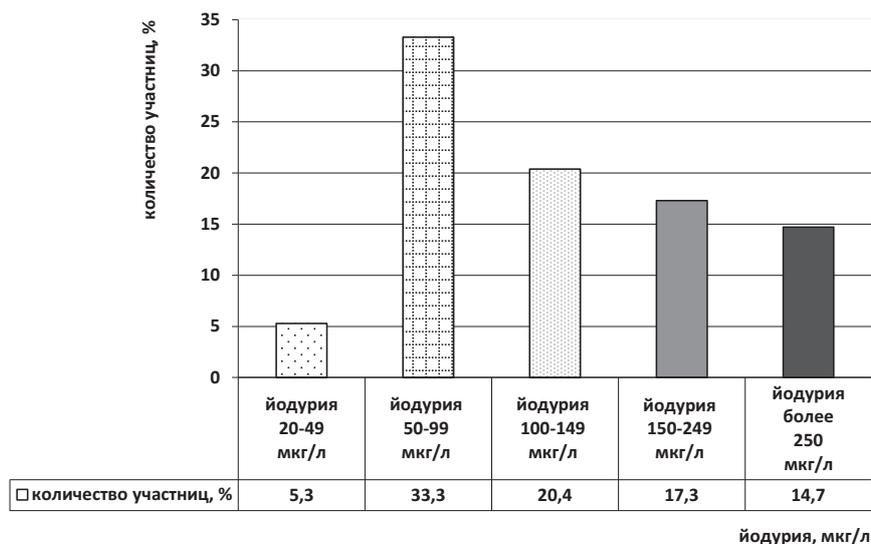


Рис. 1. Йодобеспечение беременных женщин

Материалы и методы

С февраля по октябрь 2014 года были обследованы 74 беременные женщины, проживающие в Санкт-Петербурге не менее трёх лет. Все участницы заполнили краткую анкету по питанию, важными вопросами в которой были: употребление ИС и препаратов калия йодида (в том числе поливитаминов с йодом). Все беременные были осмотрены эндокринологом, произведена пальпация ЩЖ. Была однократно забрана порция дневной мочи (до 12.00) с последующим расчётом медианы йодурии церий-арсенитным методом (реакция Sandell-Kolthoff). Степень тяжести ИД оценивалась по уровню медианы йодурии беременных, предложенной ВОЗ: более 250 мкг/л соответствует избыточному потреблению йода, 150-249 мкг/л – адекватному потреблению йода и менее 150 мкг/л – дефициту йода. Обработка результатов исследования выполнена с помощью статистической программы SPSS 16.0 (SPSS Inc, США). Исследование поддержано грантом конкурса научных проектов молодых ученых ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова.

Результаты

Средний возраст участниц – 29,78 ± 0,64 лет. Медиана йодурии составила 117,25 мкг/л (25,40-470,20 мкг/л), что соответствует дефициту йода. Причём 51 участница (68,9%) имела йодурию менее 150 мкг/л, а 23 (31,1%) – более 150 мкг/л. Если основываться на классификации ВОЗ ИД по степени тяжести для школьников и других возрастных групп населения, то легкий ИД имеют 24 беременные (33,3%), умеренный – 4 (5,3%). Избыточное потребление йода, характерное для беременных женщин выявлено у 11 человек (14,7%) (рис. 1).

По результатам опросников выяснено, что употребляют ИС 38 женщин (51,4%), 31 беременная (41,9%) не употребляет ИС и 5 человек (6,8%) не знают, какую соль они употребляют. 35 беременных (47,3%) употребляют препараты йодида калия. Получены данные о том, что медиана йодурии женщин, принимающих ИС и препараты калия йодида достоверно выше ($p=0,031$), чем медиана йодурии женщин, не принимающих ни ИС, ни препараты калия йодида.

При анализе зависимости йодобеспечения от начала приема препаратов калия йодида выяснено, что

медиана йодурии 19 беременных, принимавших препараты калия йодида с 1 триместра и до момента исследования, достоверно выше медианы йодурии группы, не принимавшей препараты калия йодида ($p=0,006$), а также соответствует рекомендуемой норме для беременных женщин – 190,50 мкг/л. Медиана йодурии 16 беременных, продолжавших прием препаратов калия йодида со 2 триместра – 132,70 мкг/л, что также достоверно выше медианы йодурии группы, не принимавшей препараты ($p=0,036$), однако ниже рекомендуемой нормы. 39 женщин, не принимавших препараты йода в течение всей беременности, находятся в дефиците йода: медиана йодурии – 81,00 мкг/л. Достоверной разницы между женщинами, начавшими приём препаратов в 1 и во 2 триместре, нет ($p=0,213$).

Выводы

1. Беременные женщины Санкт-Петербурга находятся в ИД.
2. ИС и препараты калия йодида принимают чуть более половины беременных женщин, что отражает недостаточную эффективность мер борьбы с ИДЗ в Санкт-Петербурге.
3. Начало приема препаратов калия йодида (в том числе и поливитаминов с йодом) в первом триместре обеспечивает адекватное потребление йода в течение беременности.

Список литературы

1. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Трошина Е.А. и др. Дефицит йода – угроза здоровью и развитию детей России: национальный доклад. 2006. – 123 с.
2. Дора С.В., Красильникова Е.И., Волкова А.Р. и др. Оценка йодобеспечения Санкт-Петербурга в 1999 и 2010 годах. Результаты эпидемиологического исследования // Проблемы женского здоровья. – 2010. – 84 с.
3. Сенькевич О.А., Ковальский Ю.Г., Езерский Р.Ф. Антенатальный йододефицит на Дальнем Востоке – фактор риска формирования патологических состояний новорожденных // Дальневосточный медицинский журнал. – 2012. – № 3. – URL: <http://www.fesmu.ru/dmj/20123/2012307.aspx>
4. Haji Kedir, Yemane Berhane, Alemayehu Worku. Subclinical Iodine Deficiency among Pregnant Women in Haramaya District, Eastern Ethiopia: A Community-Based Study // Journal of Nutrition and Metabolism. – 2014. – URL: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/878926>
5. WHO, UNICEF, ICCIDD. Assessment of iodine deficiency disorders and monitoring their elimination. 2001. – 98 p.
6. WHO. Guideline: Fortification of Food-Grade Salt with Iodine for the Prevention and Control of Iodine Deficiency Disorders. – Geneva, 2014. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK254244/#background.s1>

**РАЗРАБОТКА ОПТИМАЛЬНОЙ
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ
ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ**

Боровикова О.И., Колесникова Е.В.,
Куценко И.И., Колесникова Н.В.

ГБОУ ВПО «Кубанский государственный университет»,
Краснодар, Россия, e-mail: borovikovaolg@rambler.ru

Хроническая фетоплацентарная недостаточность (хФПН) является довольно частым осложнением беременности, сопровождающимся гипоксией, задержкой развития плода и являющимся одной из основных причин перинатальной заболеваемости и смертности. Синдром задержки развития плода (СЗРП) также является частым (3-24%) осложнением при развитии хФПН. Данных по оценке врожденного иммунитета недостаточно, и зачастую они имеют противоречивый характер.

В этой связи, комплексная оценка факторов врожденного иммунитета на поздних сроках физиологического течения беременности и при различных вариантах течения хронической ФПН представляется актуальной.

Всего обследовано 105 беременных женщин, из которых на основании критериев включения и исключения было отобрано 53 женщины с признаками хФПН и 20 женщин с физиологически протекающей беременностью.

Критериями включения пациентов в обследование явились: возраст – от 20 до 30 лет, срок гестации – 32-34 недели, наличие вторичной хронической ФПН, информированное согласие беременных женщин, а также небеременных здоровых женщин репродуктивного возраста на исследование параметров врожденного иммунитета.

Основная клиническая группа (**группа I**) включала 53 обследуемых беременных с признаками хФПН, которые были распределены на четыре клинических подгруппы:

1 подгруппа – 27 беременных (51,1%) с лабораторно-инструментальными признаками хФПН и отсутствием косвенных признаков внутриутробной инфекции (ВУИ) и синдрома задержки развития плода (СЗРП);

2 подгруппа – 12 беременных (22,4%), сочетающих клиничко-лабораторные и инструментальные признаки хронической ФПН и ВУИ (без СЗРП);

3 подгруппа – 8 (15,2%) беременных, имеющих клиничко-лабораторные признаки хронической ФПН, осложненной СЗРП (без ВУИ);

4 подгруппа – 6 (11,3%) беременных с клиничко-лабораторными признаками хронической ФПН в сочетании с ВУИ и с СЗРП.

Группу сравнения (II группа) составили 20 женщин с физиологически протекающей беременностью (ФБ) благоприятного репродуктивного возраста (26,5±0,78 лет).

В контрольную группу (III группа) вошли 20 практически здоровых небеременных женщин репродуктивного возраста (23,20±1,12 лет).

Исследована рецепторная функция и кислород-зависимый метаболизм нейтрофильных гранулоцитов в поздние сроки физиологической беременности и при различных вариантах течения хФПН. Проведенные исследования выявили значительное увеличение общего числа лейкоцитов во 2-й (хФПН+ВУИ) и в 3-й (хФПН+СЗРП) клинических подгруппах, что обусловило достоверное увеличение абсолютного содержания циркулирующих НГ. Изучение рецепторной функции НГ в клинической группе беременных с хФПН относительно таковой при ФБ выявило преи-

мущественное снижение процентного содержания активированных CD25(+)- и CD95(+)-НГ у беременных всех клинических подгрупп. При этом абсолютное содержание функционально значимых CD11b- и CD16- позитивных НГ было достоверно снижено только в 4-й подгруппе с наиболее неблагоприятным субкомпенсированным вариантом хФПН. У беременных с хФПН на поздних сроках гестации наблюдалось снижение содержания проапоптотических CD95(+)-НГ, не зависящее от наличия инфекционного фактора, поскольку сходный характер изменений обнаружен и у пациенток 1 клинической подгруппы, то есть при хФПН без ВУИ.

Таким образом, полученные результаты оценки рецепторной функции НГ при хФПН в поздние сроки беременности свидетельствуют об отмене активационных изменений, свойственных физиологической гестации, при всех вариантах течения хФПН, тогда как экспрессия функционально значимых рецепторов НГ снижается лишь в случае самого неблагоприятного субкомпенсированного варианта хФПН (с ВУИ и СЗРП).

Исследования активности кислородзависимой микробицидной системы НГ при компенсированном варианте течения хронической ФПН (1-я подгруппа) относительно ФБ позволили выявить наиболее выраженные изменения показателей в виде: резкого увеличения содержания %ФПК (в 3,5 раза) и СЦИ (в 2 раза) в спонтанном NBT-тесте с последующим истощением функциональной активности клеток в условиях антигенной нагрузки *in vitro*. Об этом свидетельствовало, в частности, достоверное снижение величины коэффициента мобилизации (КМ), рассчитываемом как по %ФПК (в 2,8 раза), так и по СЦИ (в 1,5 раза). Исследование оксидантной биоцидной НГ при различных вариантах течения хФПН относительно ФБ также продемонстрировало увеличение числа %ФПК и СЦИ, однако при субкомпенсированном варианте хФПН – данные показатели не выходили за пределы физиологической нормы беременных.

Таким образом, полученные данные позволяют оптимизировать дифференциальную диагностику вариантов течения хронической ФПН с помощью иммунологических методов исследования.

ПИЕЛОНЕФРИТ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

Габдулвалеева Д.Х., Алиев Р.М., Хузиханов Ф.В.

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ,
Казань, Россия, e-mail: Ruslan_A_M@mail.ru

Введение

В последнее десятилетие просматривается четкая тенденция к росту числа заболевших пиелонефритом. По данным литературы хронический пиелонефрит в 82-84% случаев носит вторичный характер и возникает как сопутствующее заболевание многих урологических заболеваний [9].

Среди неурологических заболеваний отягощающих течение пиелонефрита, сахарный диабет занимает одно из ведущих мест. По данным Ю.Д.Шульги и Л.П.Белинского частота сочетаний пиелонефрита и сахарного диабета составляет 5-7%. Начало пиелонефрита у больных сахарным диабетом может быть как острым, так и первично-хроническим [8].

Активизация хронического пиелонефрита на фоне сахарного диабета характеризуется тяжелым стертым течением, с высоким риском перехода в гнойные формы [12].

Эффективность лечения пиелонефрита, во многом зависит от эффективности терапии сахарного диабета. На фоне субкомпенсированного или декомпенсированного сахарного диабета вторичное сморщивание почки и хроническая почечная недостаточность развиваются относительно быстрее. Согласно данным патологоанатомических заключений хроническая почечная недостаточность в 18% случаев является причиной смертности в РФ [1].

Цель: изучение взаимосвязи сахарного диабета и пиелонефрита.

Материалы и методы

Нами было проведено исследование 390 медицинских карт пациентов, страдающих хроническим пиелонефритом по данным трех поликлиник города Казани, из них 77 мужчин и 313 женщин.

Диагноз хронического пиелонефрита установлен в соответствии с клинической классификацией Н.А. Лопаткина и В.Е. Родомана на основании результатов клинического, лабораторного и ультразвукового обследований. Лабораторное исследование включало общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности к антибактериальным препаратам, биохимическое исследование крови, с определением уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка. Рентгенологические методы обследования проводились по показаниям.

Результаты и их обсуждение

На момент нашего исследования у 217 больных хроническим пиелонефритом (55,6%) был установлен диагноз сахарного диабета. Из этих больных у 122 (56,2%) наблюдался сахарный диабет 1го типа, у 95 (43,8%) сахарный диабет 2го типа.

Нами проведен однофакторный дисперсионный анализ и доказано с достоверностью 95% ($F_{расч} = 6,94 = F_{ст} - 6,94$) влияние сахарного диабета на развитие пиелонефрита. Данные представлены в таблице 1.

Таблица 1

Фактор	Градация	Сила влияния
Сахарный диабет	Есть	35,3%
	Отсутствует	28,15%

У 106 (86,8%) больных сахарным диабетом пиелонефрит протекал с частыми обострениями, т.е. 3 и более раз в год.

Николай Алексеевич Лопаткин классифицировал хронический пиелонефрит по трем фазам течения: активного воспаления, латентного течения и ремиссии. Целью лечения является достижение стойкой и длительной ремиссии заболевания. Нами проведен анализ эффективности проводимой терапии в условиях поликлинической службы города Казани. После проводимой терапии фазы ремиссии удалось добиться у 225 (57,7%) больных. Фазы латентного течения у 146 (37,4%) больных, из них 112 страдали сахарным диабетом (76,7%). У 19 (4,9%) больных не смотря на длительное лечение, улучшения со стороны клинических проявлений заболевания и лабораторных показателей не наступило. Среди последних наблюдался сахарный диабет 1го типа.

Выводы

Таким образом, проанализировав все вышеизложенное можно сделать несколько выводов:

1. Наличие сахарного диабета способствует развитию пиелонефрита с достоверностью 95% ($F_{расч} = 6,94 = F_{ст} - 6,94$). Сила влияния этого фактора 35,3%.

2. Активизация хронического пиелонефрита во многом зависит от стабильности сахарного диабета и эффективности его терапии. В свою очередь активное течение пиелонефрита способствует декомпенсации сахарного диабета.

3. Пиелонефрит на фоне сахарного диабета, особенно 1го типа более устойчив к антибактериальной терапии.

4. У 4,9% больных страдающих пиелонефритом какого-либо эффекта от проводимого лечения не наступает, что связано с декомпенсацией сахарного диабета.

5. С целью профилактики инфекционно-воспалительных заболеваний почек скрининг ИМП при СД должен проводиться ежегодно.

Все вышеизложенное доказывает значительное влияние не только сахарного диабета на течение пиелонефрита, но и роль пиелонефрита в декомпенсации сахарного диабета. Для достижения высокой эффективности лечения пиелонефритов среди больных с сахарным диабетом необходимо учитывать стадию сахарного диабета и рекомендовать консультацию эндокринолога.

Список литературы

1. Анализ заболеваемости хронической почечной недостаточности в Республике Татарстан / О.Н. Сигитова, Р.А. Надеева, В.А. Закирова, Е.В. Архипов, А.Г. Шербакова // Казанский медицинский журнал. – 2008. – Т. 89, № 4. – С. 553-557.
2. Батулин В.И. Особенности течения пиелонефрита и его лечения у больных сахарным диабетом // Врачебное дело. – 1984. – № 9. – С. 51-54.
3. Волович Л.Л. Пиелонефрит у больных сахарным диабетом: материалы Всесоюзного съезда нефрологов. – Минск. 1974. – С. 227.
4. Пытель А.Я. Пиелонефрит / А.Я. Пытель, С.Д. Голигорский. – М.: Медицина, 1977. – 287 с.
5. Совалкин В.И. Особенности клиники и течения хронического пиелонефрита у больных сахарным диабетом / Совалкин В.И., Потапова Т.М.: матер. конф.: сб. ст. – Омск, 1998. – Вып.4. – С. 146-149.
6. Савалкин В.И. Инфекционно-воспалительные заболевания почек у больных сахарным диабетом: дис. ... д-ра мед. наук. – Омск, 1999. – 274 с.
7. Состояние, проблемы и перспективы развития Российской урологической службы / О.В. Кривонос, Е.И. Скачкова, В.А. Малхасян, Д.Ю. Пушкарь // Урология. – 2012. – № 5. – С. 5-12.
8. Тиктинский О.Л. Воспалительные неспецифические заболевания мочеполовых органов. – Ленинград: Медицина кн. изд-во, 1984. – С. 5-192.
9. Тиктинский О.Л. Пиелонефриты / О.Л. Тиктинский, С.Н. Калинина. – СПб.: Медиа Пресс, 1996. – 240 с.
10. Baldwin A.D., Root H.F. Infections of the upper urinary tract in the diabetic patient // New Engl. J. Med. – 1940. – Vol. 223. – № 7. – P. 244-250.
11. Hansen R.O. Bacteriuria in diabetic and non-diabetic outpatients // Acta Med. Scand. – 1964. – Vol. 176. – P. 721-730.
12. Jenni L. Pyelonephritis among diabetics / Jenni L., Bahn F., Zorngi A., et al. // Ther. Infect. Diseases. – 1991. – Vol. 6, 3-4. – P. 123-128.

КОСТНОПЛАСТИЧЕСКИЕ СПОСОБЫ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ

Гусейнов А.А.

Дагестанская государственная медицинская академия,
Махачкала, Россия, e-mail: alishka23ddt@mail.ru

Цель исследования

Лечение ложных суставов трубчатых костей остается актуальной проблемой травматологии и ортопедии. Наряду с остеосинтезом костных отломков необходима активация нарушенного остеогенеза. Известно множество видов костной пластики с замещающей, опорной и остеиндуцирующей целью. Аутопластика предпочтительней из-за отсутствия проблем, связанных с совместимостью, консервацией и поиском пластического материала. Широкое применение нашла пластика скользящим аутооттрансплантатом по Хахутову, заключающаяся в формировании двух продольных трансплантатов, которые меняют

местами, и больший из них перекрывает зону ложного сустава. Наряду с очевидными преимуществами, данный способ имеет и недостатки: 1) при получении трансплантатов не исключен выход линии остеотомии за пределы намеченного; 2) толщина диска циркулярной пилы делает ширину линии остеотомии более 1 мм, и чем больше контакт между трансплантатами и их ложем с одной стороны, тем шире щель с другой; 3) из-за утолщения или истончения концов костных отломков, толщина полученных трансплантатов неодинакова с обеих сторон, и при перемене местами наружные поверхности их и ложа не совпадают, что меняет контур кости с нарушением качества последующего накостного остеосинтеза.

Материалы и методы

Нами разработано и успешно апробировано два способа костной пластики, первый из которых (патент на изобретение 2524977 от 10.06.2014 г.), заключается в следующем. После репозиции костных отломков выполняют их продольную остеотомию двойной циркулярной пилой. Затем одинарной пилой продолжают линию остеотомии с каждой из двух сторон трансплантатов и соединяют концы этих линий под острым углом. После смены мест трансплантатов для предупреждения их вторичного смещения и усиления адаптации к костному ложу, легким постукиванием по их торцовой поверхности (используя в качестве переходника лезвие остеотома) вклинивают их в конгруэнтное костное ложе, а между ними и между одной из их двух боковых сторон и костным ложем плотно внедряют костную щепку, источниками получения которой служат заостренные края внутренней поверхности извлеченных из костного ложа трансплантатов и избыточные костные напластывания утолщенных концов костных отломков.

Преимуществами данного способа остеопластики являются: 1) прецизионность взятия трансплантатов с исключением растрескивания кости; 2) заклинивание заостренных концов трансплантатов постукиванием по их торцовой поверхности; 3) плотный контакт между трансплантатами и костным ложем, что, кроме устойчивости их фиксации, обеспечивает лучшие условия остеогенеза; 4) рациональное использование излишков костной ткани, полученной при моделировании концов костных отломков; 5) полное соответствие аутооттрансплантатов и краев костного ложа с исключением нарушения контура кости и снижения качества последующего остеосинтеза.

На VIII Международном биотехнологическом Форуме-выставке «РосБиоТех-2014» в Москве данный способ получил Диплом и Золотую медаль.

И, тем не менее, как традиционному способу Хухотова, так и его модификациям, свойственны существенные недостатки: 1) относительно большая протяженность скелетирования костных отломков с уменьшением их кровоснабжения; 2) ослабление прочности костных отломков при их распиливании; 3) высокие требования к технике операции с ее неэффективностью при растрескивании или неконгруэнтности полосок аутооттрансплантатов, поскольку распиленные концы костных отломков обычно уже не годятся для того чтобы что-то исправить или применить другой способ остеопластики.

Поэтому был предложен и другой способ свободной костной пластики (патент на изобретение № 2534524 от 02.10.2014 г.), заключающийся в следующем. Послойно достигают зоны ложного сустава трубчатой кости, пересекают хрящевую и рубцовую ткани между костными отломками, удаляют замыка-

тельные пластинки и сверлами восстанавливают проходимость облитерированных костномозговых каналов. Затем расширяют концы отломков конусовидной фрезой или зенковкой, при отсутствии которой можно раззенковать концы костных отломков боковыми режущими гранями сверла при круговых движениях электродрели. При взятии кортикально-губчатого аутооттрансплантата используют сдвоенную циркулярную пилу, диаметром 5 см и расстоянием между ее дисками от 1 до 2 см. Сформировав две параллельные линии остеотомии, сдвоенную пилу заменяют одинарной пилой, диаметром 3,5 см, а концы линий остеотомии продолжают в обе стороны и соединяют между собой. Полученный аутооттрансплантат подгоняют по длине и ширине к костномозговому каналу костных отломков и плотно внедряют одним из концов в костный отломок. Затем нанизывают другой костный отломок на заостренный конец аутооттрансплантата, для чего нужно его оттянуть и наклонить, а если этого недостаточно, то формируют паз на его краю, через который и заводят заостренный конец аутооттрансплантата. Если есть укорочение кости, то его компенсируют увеличением длины ромбовидного аутооттрансплантата. При выполнении накостного остеосинтеза пластиной на винтах, для усиления компрессии на стыке костных отломков при рациональном использовании продолговатых отверстий в пластине винты необходимо вводить от периферии к центру пластины. При этом последними вводят винты через средние отверстия пластины, захватывая ими и аутооттрансплантат.

Преимуществами данного способа костной пластики являются: 1) прецизионная точность взятия аутооттрансплантата и сведение к минимуму механического ослабления донорского участка; 2) надежное заклинивание трансплантата в костномозговом канале обоих костных отломков, обусловленное его ромбовидностью; 3) возможность компенсации укорочения кости, обусловленная увеличением длины аутооттрансплантата; 4) плотный контакт между костными отломками и аутооттрансплантатом, что, кроме стабильности и устойчивости фиксации костных отломков, обеспечивает оптимальные биологические условия для остеогенеза; 5) продолговатая форма аутооттрансплантата при заклинивании его в костномозговом канале обеспечивает ротационную стабильность костных отломков и оставление просвета костномозгового канала, что существенно для оптимального течения эндостального репаративного остеогенеза.

Результаты и обсуждения

Данные способы костной аутопластики эффективны, просты и экономичны, а их успешная апробация позволяет рассчитывать на более широкое внедрение в практику лечения больных с ложными суставами трубчатых костей.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ ВРАЧА СТОМАТОЛОГА

Даллакян Л.А.

*Волгоградский государственный медицинский университет,
Волгоград, Россия, e-mail: levon969696@mail.ru*

Труд медицинских работников стоматологического профиля связан с наличием значительных профессиональных рисков, вызванных повышенной нервно-эмоциональной напряженностью, воздействием ряда неблагоприятных для здоровья производственных факторов, в числе которых: зрительное и эмоциональное напряжение, вынужденная рабочая

поза, опасность передачи инфекции, контакт с аллергенами и токсичными веществами, шум, вибрация и др. (А.М. Лакшин, 2001; В.А. Катаева, 2002; Н.О. Петренко, 2009).

Исследования ряда авторов свидетельствуют о том, что заболеваемость медицинских работников стоматологического профиля более высокая, чем у врачей других медицинских специальностей (А.А. Калининская, Д.Г. Куницына, Д.Г. Мещеряков, 2006).

Разработка и организация профилактических мероприятий по созданию оптимальной рабочей среды для врачей-стоматологов должны быть направлены на соблюдение гигиены труда, устранение неблагоприятных профессиональных факторов в работе, профилактику и укрепление здоровья.

Цель исследования – гигиеническая оценка условий труда врачей-стоматологов терапевтического профиля и рекомендации для повышения качества жизни и профилактики нарушения здоровья.

Материал и методы исследования

Исследования проводили на базе 5 муниципальных стоматологических поликлиник г. Волгограда. Было проведено анкетирование 82 врачей-стоматологов терапевтического профиля. Из них 22,6% – мужчины, 77,4% – женщины. Имели стаж работы менее 5 лет – 11,3%; от 5 до 10 лет – 17,7%; 10-15 лет – 29%; более 15 лет – 41,9% респондентов.

Информационную базу оценки условий труда составили данные 66 карт аттестации рабочих мест и результаты исследований ряда критериальных показателей (шум, микроклимат, освещенность, характеристики трудового процесса), проведенные с использованием общепринятых методов и приборов. Анализ организации труда осуществляли по результатам хронометражных исследований с определением структуры затрат времени на приеме пациентов в период рабочей смены. Условия труда врачей-стоматологов оценивали в соответствии с действующими санитарными нормами и правилами, тяжесть и напряженность труда – в соответствии с регламентациями документами Р2.2.2006-05 «Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда» (2005 г.). Также анализировали факторы, обусловленные организацией стоматологического кабинета, оборудованием. В процессе исследования использовали метод анкетирования, хронометраж рабочего времени, анализ карт аттестации рабочих мест.

Статистическая обработка и анализ результатов анкетирования проводили с использованием пакета программ <<SPSS>>. Достоверность между группами сравнения оценивали по критерию t Стьюдента.

Результаты исследования

По результатам анализа карт аттестации рабочих мест врачей – стоматологов терапевтического профиля установлено, что одним из вредных производственных факторов является биологический, по степени вредности класс – 3.3. Неблагоприятное влияние могут оказывать шум, превышающий допустимый уровень, класс – 3.2; напряженность труда, класс – 3.2; тяжесть труда, соответствует классу – 3.1. (таблица).

Источниками формирования вредного биологического фактора является воздействие бактериального аэрозоля при вращении стоматологического инструмента (боры, диски и др.), возможность инфицирования врача-стоматолога в процессе приема пациентов, что по степени вредности соответствует 3 классу, 3 степени (Н.А. Петренко, 2009).

Оценка степени вредности условий труда врача-стоматолога

Факторы	Класс условий труда				
	Допустимый уровень – 2	Вредный уровень			
		3.1	3.2	3.3	3.4
Биологический			√		
Шум		√			
Локальная вибрация	√				
Микроклимат	√				
Освещение	√				
Тяжесть труда		√			
Напряженность труда		√			
Общая оценка условий труда			√		

При оценке степени напряженности трудового процесса определяли:

а) интеллектуальные нагрузки – это содержание (сложность) работы, восприятие сигналов (информации) и их оценка в короткий промежуток времени. С учетом характера выполняемой работы они соответствовали классу – 3.2, распределение функций по степени сложности выполняемой работы, классу – 3.1.;

б) сенсорные нагрузки, а именно длительность сосредоточенного наблюдения, внимания в течение рабочей смены;

в) эмоциональные нагрузки – степень ответственности за результат собственной деятельности, значимость ошибки, степень ответственности за безопасность пациентов;

г) монотонность нагрузок, наличие нерегламентированных перерывов и их малая продолжительность.

Степень тяжести трудового процесса, как известно, определяется рабочей позой. Анализ проведенного хронометража показал, что врачи стоматологи-терапевты более 90% рабочей смены находятся в положении сидя, а врачи-ортопеды более 90% рабочего времени в положении стоя. Таким образом, стоматологи-стоматологи более 50% рабочего времени находятся в вынужденной рабочей позе, что соответствует вредности условий труда – 3.1.

Характеристики – локальная вибрация, микроклимат, освещение, соответствовали допустимому уровню вредности, класс – 2.

При анализе организации труда установлено, что количество больных на приеме в среднем составляет от 5-6 до 7 пациентов, с интервалом приема пациентов от 1 – до 5 мин. Это непосредственно связано с организацией стоматологического кабинета, с позиции эргономики, наличием вспомогательного медицинского персонала.

По данным анкетирования у 70% респондентов отмечали чувство утомляемости к концу рабочего дня, у 83,3% чувство напряженности во время работы. У 90% наличие общей напряженности к концу рабочего дня: усталость ног – у 76,7%; утомление органов зрения – у 86,7%, чувство усталости кистей рук – 73,3%, чувство усталости в области спины – 83,3%. К концу рабочего дня – 42% специалистов жалуются на головные боли, 21% – на миалгию кистей рук, плечевого пояса, ног.

Таким образом, выявленные неблагоприятные условия труда врачей-стоматологов терапевтического профиля могут способствовать нарушению их здоровья. (Э.П. Диктериева, 2004; Н.О. Петренко, 2009).

Выводы и рекомендации

1. Регламентировать перерывы в течение рабочей смены;
2. Труд медицинских работников стоматологического профиля сопровождается вредными производственными факторами;
3. По степени вредности и опасности труд врачей-стоматологов терапевтического профиля можно отнести к 3 классу 3 степени напряженности трудового процесса;
4. Подавляющее большинство обследованных специалистов проявляли жалобы на наличие признаков утомления к концу рабочей смены;
5. Для сохранения и поддержания работоспособности можно рекомендовать корректировку режима труда.
6. Ввести в структуру рабочего дня врача-стоматолога проведение производственной гимнастики, с выполнением физических упражнений направленных на укрепление и расслабление мышц спины, плечевого пояса, кистей рук и мышц ног, придания гибкости и эластичности позвоночнику, снятие напряжения зрительного анализатора;
7. Для уменьшения напряженности труда организовывать в поликлинике кабинеты психологической разгрузки.

АНАЛИЗ ОДОНТОГЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ

Дибцева Т.С., Бирюлькина Е.С., Фирсова Е.П.

Волгоградский государственный медицинский университет, Городская клиническая больница № 1, Волгоград, Россия, e-mail: nysha721@mail.ru

Количество детей с заболеваниями ЧЛЮ, поступающих на стационарное лечение, остается на высоком уровне (2). Нами был проведен ретроспективный анализ 214 историй болезни пациентов с острыми гнойными воспалительными заболеваниями (ОГВЗ) за 2010-2014 гг. Количество девочек – 92 (42,9%), мальчиков – 122 (57%). Возраст от 6 месяцев до 17 лет, средний возраст – 7,5 лет. Чаще причиной заболевания были молочные зубы (183), постоянные – 31. По распространенности чаще встречается острый гнойный периостит (в 2010 году было 27 (39%), в 2014 году зарегистрировано 22 (45%) больных), на втором месте – одонтогенная флегмона (15 (22%) и 10 (20%) заболеваний соответственно), на третьем – лимфаденит (2010 г. – 9 (13%) случаев, 2014 г. – 9 (18%)), на четвертом – абсцесс (10 (14%) и 5 (10%) больных соответственно). Наиболее редко встречающимся заболеванием оказался одонтогенный остеомиелит (7 (10%) случаев в 2012 г. и 2 (4%) в 2014). Всего в 2010 году было зарегистрировано 68 больных, в 2014 – 48. Чаще от ОГВЗ страдают мальчики, причем заболевания чаще развиваются от молочных зубов. В целом, отмечается тенденция к снижению развития одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний, что связано со своевременной диагностикой и назначением рационального лечения (1).

Список литературы

1. Маслак Е.Е., Казанцева И.А., Фурсик Т.И., Огонян В.Р. Профилактика кариеса зубов с высоким риском его развития // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 1997. – Т. 53, № 3. – С. 159-161.
2. Фоменко И.В., Касаткина А.Л., Филимонова Е.В. Характеристика травматических повреждений челюстно-лицевой области у детей, находящихся на стационарном лечении // Актуальные вопросы экспериментальной, клинической и профилактической стоматологии: сборник научных трудов ВолГМУ. – Волгоград, 2009. – С. 107-110.

СТЕПЕНЬ РАССТРОЙСТВА ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Дмитриева О.А., Леоненко Е.А., Вожжова В.Н., Писанко Г.Г., Шевченко П.П.

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Ставрополь, Россия, e-mail: tutuna88@mail.ru

Актуальность

Эпилепсия – хроническое заболевание, которое проявляется спонтанно с наступлением генерализованных судорожных припадков и возможным вариантом бессудорожного течения. На их фоне отмечается расстройство психо-эмоциональной сферы, тяжесть которой зависит от формы заболевания. Эпилепсия – это не только медицинская, но и социальная проблема. Ведь кроме припадков, заболевание может так же сопровождаться прогрессирующими изменениями личности.

По данным Европейской комиссии по эпилепсии данным заболеванием страдает около 50 миллионов человек, или 0,5-1% населения мира. При этом, не менее одного припадков в течение жизни переносят 5% населения; у 20-30% больных заболевание является пожизненным. В России по данным Минздрава РФ эпилепсия встречается с частотой от 1,1 до 8,9 случаев на 1000 человек. Риск возникновения эпилепсии зависит от возраста: наиболее часто болеют дети до 15 лет и лица старше 65 лет. В 2011 году в России зарегистрировано 38 505 больных с диагнозом, установленным впервые.

Цель исследования: проанализировать степень значимости заболевания для социума, дать итог данной патологии для больного.

Результаты

В изменение личности больного отмечается поддержка психического развития, а также проявления эгоизма, замедленного мышления и чрезмерного внимания к несущественным деталям. Для больного характерны резкие перемены настроения (от неестественно-приветливого до злобно-агрессивного), он не может выделить главное, снижается словарный запас (олигофазия), ухудшается память, разрушается интеллект, вплоть до полного слабоумия. К первичной (идиопатической, генуинной) или врожденной форме относятся 70% случаев, при которых причина остается неизвестной. Данная форма заболевания характеризуется стремительным разрушением психики и интеллекта больного. В остальных 30% эпилепсия является следствием какого-либо заболевания. Эта форма называется вторичной (симптоматической), она имеет менее значимое действие на интеллект больного. Вторичная эпилепсия опасна развитием эпилептической энцефалопатии – при этом состоянии ухудшается настроение, появляется беспокойство, снижается уровень внимания, памяти и познавательных функций. Особенно актуальна данная проблема у детей, т.к. может приводить к отставанию в развитии и мешать формированию навыков речи, чтения, письма, счёта и др. А также неправильная электрическая активность между приступами может способствовать развитию таких тяжелых заболеваний, как аутизм, мигрень, синдром дефицита внимания и гиперактивности.

Вывод

Качество жизни больных эпилепсией зависит от клинических проявлений заболевания (формы эпилепсии, вида, тяжести припадков), что выражается в более низких показателях качества жизни в психологической сфере, социальных взаимоотношениях, окружающей среде и общем качестве жизни и состоя-

нии здоровья у пациентов с височной локализацией эпилептического очага, свидетельствующих о более дезадаптивном течении заболевания у этих больных. У пациентов со смешанными припадками имеются тенденции к низкой оценке психологической сферы, уровня независимости, окружающей среды и общей оценки качества жизни, что является отражением тяжести течения заболевания и подтверждается отрицательной корреляционной связью между тяжестью припадков и субсферой уровень независимости. Существенную роль в оценке качества жизни играют возраст пациентов, возраст начала и длительность заболевания, подтверждающиеся лучшими показателями качества жизни у лиц подросткового и юношеского возраста в физической, психологической сферах, более высоким уровнем независимости, социальных отношений, общей оценке качества жизни. Социальный статус больных эпилепсией оказывает влияние на уровень качества их жизни: инвалиды ниже оценивали физическую сферу, уровень независимости, социальные отношения, окружающую среду и общую оценку качества жизни, связанную с ограниченной трудоспособностью с одной стороны и невозможностью трудоустроиться с другой. Оценка качества жизни отрицательно коррелирует с уровнем социальной фрустрированности (чем выше показатель шкалы «Уровень социальной фрустрированности», что соответствует низкой степени удовлетворенности основных потребностей больного, тем хуже качество жизни).

В зависимости от степени урежения припадков в процессе восстановительной терапии (по сравнению с контролем) при оценке показателей качества жизни выделено среди пациентов три подгруппы:

1) в большей степени положительная динамика всех показателей качества жизни наблюдалась у пациентов с выраженным улучшением (сокращением частоты припадков на 75% и более);

2) несколько меньше статистически достоверное улучшение показателей всех сфер качества жизни выявлено у пациентов с сокращением частоты припадков на 50 – 75%;

3) у пациентов с незначительным улучшением (сокращение частоты припадков менее чем на 50%) большинство показателей качества жизни оставались прежними, а в сфере динамика была отрицательной.

Достоверное улучшение показателей качества жизни, прямо пропорциональное сокращению пароксизмов, подтверждает зависимость уровня повседневного функционирования больного от частоты припадков. Комплекс восстановительных лечебно-реабилитационных мероприятий, включающий медикаментозные и немедикаментозные методы терапии, позволил добиться не только значительного клинического улучшения течения эпилепсии (по заключению врача), но и повышения качества жизни пациентов (по оценке самих больных).

По статистике, смертность среди больных эпилепсией в 2,5 раза выше, чем у других категорий населения. Основных причин две.

1. Самоубийство в результате депрессии. Частота суицидов среди эпилептиков в 4 раза выше, чем у тех, кто этой болезни не имеет.

2. Синдром внезапной смерти. Так называется феномен, согласно которому от 8 до 17% больных эпилепсией (чаще всего это мужчины в возрасте от 20 до 40 лет), внезапно, без видимой причины, умирают.

Список литературы

1. Фрумкин Я.П., Завилянский И.Я. Эпилептические психические расстройства и их ограничение. Эпилепсия: сб. – Т. II. – М., 1964. – С. 239.

2. Соколова И.В., Карпов С.М. Симптоматическая эпилепсия в детском и подростковом возрасте // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2012. – № 1. – С. 45-46.

3. Вышлова И.А., Карпов С.М., Апагуни А.Э., Стародубцев А.И. Последствия черепно-мозговой травмы: обзорная статья // Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – №1-1. – С. 83-85.

4. Блейхер В.М. О расстройствах речи и памяти при эпилепсии. Эпилепсия: сб. – Т. II. – М., 1964. – С. 333.

5. Соколова И.В., Карпов С.М. Травматическая эпилепсия при ЧМТ // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2012. – № 1. – С. 44-45.

6. Карпов С.М., Гандьян К.С., Христофорандо Д.Ю., Елисеева Е.В., Суютина Д.Д., Волков Е.В. Клинико-психоневрологические проявления при сочетанной черепно-лицевой травме // Российский стоматологический журнал. – 2014. – № 4. – С. 45-48.

7. URL: <http://humbio.ru/humbio/epilepsia/000040ee.htm>.

ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ

Донцова В.А., Ширяева Т.В., Абакумов А.А.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия, e-mail: vera.doncova@mail.ru

Актуальность темы

Красный плоский лишай (Lichen ruber planus) – хроническое воспалительное заболевание кожи и слизистых оболочек, проявляющееся образованием ороговевших папул. Среди многих факторов, определенное значение в развитии КПЛ слизистой оболочки полости рта имеет травма (острые края зубов, некачественные протезы, явления гальванизма, аллергическая реакция на пластмассу протезов и др.). Протезирование пациентов с заболеваниями слизистой оболочки полости рта, в частности, красным плоским лишаем не являются противопоказаниями к изготовлению всех видов зубных протезов. Однако, при протезировании таких пациентов необходимо соблюдать ряд требований.

Цель исследования: повысить качество лечения стоматологических пациентов с КПЛ съемными и несъемными ортопедическими конструкциями.

Материал и методы

На лечение на кафедру ортопедической стоматологии ВолГМУ на базе ГАУЗ СП №1 поступила пациентка 70 лет с диагнозом: «Красный плоский лишай хронический, гиперкератотическая форма, стадия ремиссии. Полное вторичное отсутствие зубов на верхней челюсти II класс по Оксману, I тип по Суппле. Частичное отсутствие зубов на нижней челюсти IV класс по Гаврилову».

Результаты и обсуждение

Пациентке были изготовлены пластиночные съемные протезы при полном отсутствии зубов на верхней челюсти и частичном отсутствии зубов на нижней челюсти из пластмассы «Акри Фри», безномерного полупрозрачного материала на основе акриловых смол. По данным литературы (3) этот материал обладает следующими свойствами: прочностью и «долговечностью», эластичностью, не требуется препарирования естественных зубов, возможностью перебазировки, протезы из него – гибкие, легкие и обладают повышенной прозрачностью, высокой биосовместимостью с тканями полости рта. На него не отмечено аллергических реакций; поверхность протезов отлично полируется, что снижает адгезию микрофлоры ландшафта полости рта.

Вывод

Выявленные преимущества применения пластмассы «Акри Фри» обосновывают применение протезов из данного материала при протезировании пациентов с КПЛ слизистой оболочки полости рта.

Список литературы

1. Вейсгейм Л.Д., Гаврикова Л.М., Дубачева С.М. Применение средств гигиены полости рта Mexidol Dent для профилактики заболеваний слизистой оболочки полости рта // Стоматология. – 2014. № 3. – С. 15-17.
2. Вейсгейм Л.Д., Гаврикова Л.М., Дубачева С.М. Комплексное лечение кандидоза полости рта // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. – № 2. – С. 48-51.
3. Линченко И.В., Цуканова Ф.Н., Стекольников Н.В. Основные мероприятия по борьбе и предупреждению инфекции в клинике ортопедической стоматологии // Международный журнал экспериментального образования. – 2013. – № 3. – С. 137-138.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЗДОРОВЬЕ ПОЛОСТИ РТА У СТУДЕНТОВ

Засемкова Е.А., Демидова В.В.,
Пигарева Ю.Е., Гончарова Д.А.

*Волгоградский государственный медицинский университет,
Волгоград, Россия, e-mail: zas-katya777@mail.ru*

Исследования здоровья полости рта в молодом возрасте необходимы для разработки и внедрения программ профилактики с целью снижения уровня стоматологической заболеваемости в последующих возрастных периодах [1,2,3,4]. Наиболее организованной группой в этом возрасте являются студенческая молодежь [5,6,7].

В процессе нашей работы установлено, что неблагоприятными факторами для стоматологического здоровья студентов являются неправильное питание, недостаточная гигиена полости рта.

Большинство студентов, из-за плотного расписания занятий, питаются нерегулярно и несбалансированно. Перекусы отмечают более 60% студентов, на «ходу» пирожками питаются 48%, в студенческой столовой 21% опрошенных. Наиболее приемлемой и вкусной едой студенты считают выпечку и сладости. Основной процент студентов употребляет их по нескольку раз в день. Основными причинами своего неправильного питания студенты считают маленькие перерывы между занятиями, отсутствие во многих учебных учреждениях доступных столовых и наличие буфетов с углеводной пищей. Изучая гигиену полости рта у студентов, мы отметили, что в основном (более 65%) чистят зубы 1 раз в день, 2 раза в день – 21%, 3 раза в день – 12% и 2% иногда чистят зубы. Из них о правилах чистки зубов знают более 70% студентов, но соблюдают только 27% опрошенных. Остальные студенты считают, что правила чистки зубов выполнять «нудно». Среди дополнительных средств гигиены полости рта 88% студентов используют жевательные резинки, 41% применяют зубочистки, 14% зубные нити, 8% ополаскиватели для полости рта, 10% освежители полости рта в виде спрея.

Необходимость и важность профилактики зубов осознают все опрошенные студенты, однако регулярно посещают стоматолога только 11% молодежи. Основной причиной обращения к стоматологу является зубная боль, наличие кариозной полости, откол зуба, кровоточивость десен.

Таким образом, одними из факторов, влияющих на здоровье полости рта у студентов, являются неудовлетворительная гигиена полости рта и неправильное питание. Однако, устранение этих факторов невозможно без правильной мотивации студентов на сохранение своего стоматологического здоровья. Поэтому необходимо проводить беседы со студентами о важности профилактики стоматологических заболеваний для сохранения здоровья зубов в зрелом возрасте.

Список литературы

1. Денисенко Л.Н., Деревянченко С.П., Колесова Т.В. Стоматологическое здоровье беременных женщин // Здоровье и образование в XXI веке. – 2012. – Т. 14, № 2. – С. 147.

2. Сыранова Н.Н., Денисенко Л.Н. Внеучебная деятельность школьников здоровьесберегающей направленности // Здоровье и образование в XXI веке. – 2012. – Т. 14, № 4. – С. 336-337.

3. Трошева Т.Н. Медико-социальное прогнозирование состояния здоровья подростков при диспансеризации / Т.Н. Трошева, Е.В. Веселова, М.И. Ямпольская // Советская медицина. – 1990. – № 2. – С. 28-31.

4. Ягупова В.Т., Федотова Ю.М., Филук Е.А., Денисенко Л.Н. Врач-стоматолог как исполнитель медицинских услуг // Успехи современного естествознания. – 2014. – № 11-3. – С. 22-26.

5. Цырюльников А.А., Крюкова А.В., Денисенко Л.Н. Стоматологический статус студентов // Успехи современного естествознания. – 2014. – № 6. – С. 120-121.

6. Крюкова А.В., Осипов А.Е., Денисенко Л.Н. Стоматологическое здоровье студентов // Успехи современного естествознания. – 2013. – № 9. – С. 54.

7. Толмачева С.М., Тиунова Н.В., Круглова Н.В. Мониторинг заболеваемости зубов кариесом студентов стоматологического факультета Нижегородской государственной медицинской академии // Нижегородский медицинский журнал. – 2008. – № 2. – С. 126-129.

8. Мазницына Л.С. Гигиенические, экологические и социальные аспекты формирования стоматологического здоровья 15-17-летних школьников – жителей различных районов Волгограда: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Волгоград, 2002.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА В ФАЗЕ ОБОСТРЕНИЯ

Золотухина Д.И., Шевченко П.П.

*Ставропольский государственный медицинский университет,
Ставрополь, Россия, e-mail: danzaza@yandex.ru*

Актуальность

Рассеянный склероз – демиелинизирующее хроническое прогрессирующее заболевание центральной нервной системы, приводящее к раннему развитию инвалидизации у людей молодого возраста (4). Поэтому терапия рассеянного склероза является актуальной проблемой в современной неврологии. Одно из направлений лечения данного заболевания направлено на купирование фазы обострения.

Цель: на основе проанализированных данных выделить эффективные современные методы лечения рассеянного склероза в фазе обострения.

Результаты

Этиология РС полностью не ясна в связи с чем в настоящее время применяется патогенетическая терапия, направленная на купирование иммуновоспалительного процесса. Образование очагов демиелинизации является следствием данных изменений.

Наиболее эффективным в фазе обострения РС признано противовоспалительное и иммуносупрессивное действие кортикостероидов. Препарат выбора – метилпреднизолон (метипред, урбазон, медрол), также используют солу-медрол (натрий-сукцинат метилпреднизолон) (7). Данное лечение уменьшает выраженность воспалительных реакций, отек, что ведет к восстановлению проведения импульсов по сохранным волокнам. При применении данной терапии является быстрый клинический эффект в фазу обострения, однако, влияние на течение заболевания в дальнейшем отсутствует. Метилпреднизолон вводят по 1000 мг внутривенно 1 раз в сутки в течение 5-7 дней, далее назначается средняя терапевтическая доза преднизолонa внутрь в дозе 60-80 мг/сут в течение 7 суток. Далее дозу преднизолонa снижают каждые через день по 10 мг, а через месяц отменяют прием препарата.

Другой вариант терапии рассеянного склероза в острой стадии – преднизолон по Лобзину (100-120 мг преднизолонa в сутки). При чем если дается 120 мг, то схема терапии выглядит следующим образом: 80 мг (16 таблеток по 5мг) – утром, 40 (8 таблеток по 5 мг) – вечером. В дни приема больших доз преднизолонa необходимо употреблять в пищу молочные продукты, альмогель по 2 ложки 3 раза в день, заместительная терапия (6). При проведении гормональной терапии

может возникать потеря электролитов, калий возмещают при необходимости. Диуретики применяют при задержке жидкости и развитии артериальной гипертензии. Для профилактики возникновения стероидных язв и кровотечений ЖКТ используют антациды и блокатор H₂-рецепторов циметидин. Также, возможно, появление психических расстройств на фоне применения кортикостероидов. В данном случае применяют нейрорептики и уменьшают дозу метилпреднизолона.

Вывод

Среди современных методов лечения рассеянного склероза в фазе обострения наиболее эффективным является применения глюкокортикоидов (метилпреднизолон). При проведении гормональной терапии могут возникать определенные побочные эффекты, что необходимо учитывать при проведении лечения. Также необходимо обращать внимание на наличие противопоказаний для применения данного лечения.

Список литературы

1. Пажигова З.Б., Карпов С.М., Шевченко П.П., Каширин А.И. Клинико-неврологическая характеристика больных с рассеянным склерозом с учетом тяжести состояния // *Фундаментальные исследования*. – 2014. – № 7-4.
2. Потапова И.Г., Диденко Н.Н., Денисюк В.В., Карпов С.М. Актуальные вопросы распространенности рассеянного склероза в Ставропольском крае // *Успехи современного естествознания*. – 2014. – № 6.
3. Шевченко П.П., Карпов С.М., Рзаева О.А., Янушкевич В.Е., Конева А.В. Рассеянный склероз: этиопатогенез с позиции современной науки // *Успехи современного естествознания*. – 2014. – № 6.
4. Шевченко П.П. Распространенность и клиническая характеристика рассеянного склероза в ставропольском крае: автореф. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 1992.
5. Евтушенко С.К., Блиндарук С.Г., Гончарова Я.А., Дервянко И.Н., Грищенко А.Б. Первичные проявления периферической формы рассеянного склероза: диагностика, клиника, лечение. – URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/3468>
6. Евтушенко С.К., Дервянко И.Н. Современные подходы к лечению рассеянного склероза: достижения, разочарования, надежды. – URL: [HTTP://WWW.MIF-UA.COM/ARCHIVE/ARTICLE/2556](http://WWW.MIF-UA.COM/ARCHIVE/ARTICLE/2556)
7. Коваленко П.А., Шаманский С.В., Базий Н.И. Современные методы лечения рассеянного склероза. – URL: http://mosors.narod.ru/lechenie_ms.html

ЖЕВАТЕЛЬНАЯ РЕЗИНКА КАК СРЕДСТВО ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА

Иванова А.С.

*Дальневосточный Государственный медицинский университет, Хабаровск, Россия,
e-mail: ivanova.a94@mail.ru*

Актуальность данной темы заключается в том что, в профилактике основных стоматологических заболеваний у детей и взрослых существенная роль отводится гигиене полости рта и широко распространенным дополнительным средством гигиены является жевательная резинка. [4]

На сегодняшний день жевание жвачки стало для некоторых привычкой, и поэтому потерялось значение жевательной резинки. Например, детей в большей степени привлекает внешняя сторона: многообразие ярких, красочных пачек и пластинок с разными названиями, картинками, наклейками.

В то же время реклама приписывает жевательной резинке различные чудодейственные свойства: укрепляет зубную эмаль, предотвращает появление зубного камня, устраняет запах изо рта, восстанавливает кислотно-щелочной баланс и много других. [8]

Цель исследования: выявление уровня знаний населения о жевательной резинке и определение характера влияния ее на состояние полости рта.

Задачи исследования:

1. Выяснить уровень популярности жевательных резинок у детского и взрослого населения по данным социологического опроса.

2. Изучить действие жевательной резинки на РН слюны.

3. Определить эффективность (очищающее действие) жевательной резинки по изменению уровня гигиены полости рта.

Материалы и методы исследования: для реализации поставленной цели было проведено исследование, которое включало 3 модуля.

1. Социологический опрос был проведен методом анкетирования. Количество респондентов составило 160 человек (54% – женщины и 46% – мужчин), из них до 15 лет – 13%; от 16 лет до 25 лет – 25%; от 25 лет до 45 лет – 34%; старше 45 лет – 28%. Анкета включала в себя 11 вопросов. Результаты были подсчитаны статистической программой Mathcad, которая позволяет выявить достоверность данного результата. (Все дети соматически здоровы без хронических заболеваний).

2. Определение РН слюны.

1. Забор слюны в пробирку.
2. Индикаторную полоску (лакмусовую) опускаем в пробирку на 1 мин.

3. Оцениваем окрашивание по шкале индикатора

Параметры индикаторной бумаги: длина 5 м, ширина 7мм, измерение рН от 1 до 14. Индикаторная лакмусовая бумага, измеряющая рН показатели, поставляется в пластмассовых катушках боксах, которые обеспечивают долгосрочную стабильность и защиту от многих внешних влияний, с цветовой шкалой в рН диапазоне: 1 – 14. Пластиковый бокс упакован в картонную коробку.

Растворы и жидкости в отношении их кислотности считаются: нейтральными при рН = 7; кислыми при рН < 7; щелочными при рН > 7 [3,5,7].

У всех испытуемых не было выявлено изменений в полости рта, связанных с заболеваниями ЖКТ, которые могут отразиться на электролитном состоянии слюны и скорости ее выделения.

3. Оценка эффективности применения жевательной резинки.

1 этап – прием таблетки эритрозина (пищевой краситель), окрашивается зубной налет, оцениваем предварительный уровень гигиены;

2 этап – употребления жевательной резинки (в течение 10 минут);

3 этап – прием таблетки эритрозина (пищевой краситель), окрашивается зубной налет, оцениваем уровень гигиены.

Оцениваем гигиеническое состояние полости рта с помощью гигиенического индекса Грина-Вермильона [3] и с помощью интерпретированного гигиенического индекса (Грина-Вермильона) – ИИ*

* Оцениваем визуально по степени удаления окрашенного налета.

Налет, окрашиваемый покрывает полностью зуб или больше ½ со всех сторон на всех зубах – 5;

Налет, окрашиваемый покрывает полностью зуб или больше ½ со всех сторон на нескольких зубах (5-7 зубов) – 4;

Налет, окрашиваемый покрывает полностью зуб или больше ½ со всех сторон на нескольких зубах (2-4 зубов) – 3;

Налет, окрашиваемый покрывает полностью зуб или больше ½ на 2 сторонах зубов (2-4) – 2;

Налет, окрашиваемый в области фиссур и ямок на несколько зубах (<4 зубов) – 1;

Налет, окрашиваемый на зубах отсутствует – 0 (испытуемые перед опытом поели).

Результаты и обсуждения

В результате анкетирования 160 человек, различного «Социального статуса»: учатся – 53%, работают

38%, являются пенсионерами – 9% (пенсионеры, которые работают, отнесены к категории «работают»), выяснено, что лидирующую позицию занимают жевательные резинки в форме подушечек, их предпочитают 69% опрошенных, пластинки – 28%, ленты – 2% и «другие» – 1%. На вопрос: «Какое количество жевательной резинки Вы употребляете за раз?» – Мнения респондентов разделились: 1 подушечку/пластинку – 61%, 2 подушечки/пластинки – 38%; всю упаковку – 1%. время употребления жевательной резинки у участников опроса разное: в течение 10 минут – 6%; в течение 1 часа – 33%; как только исчезает вкус – 43% и никогда не задумывался – 18%, частота употребления жевательной резинки тоже варьирует: часто – 11%; редко – 38%; иногда – 51%; не употребляю – 0%. Большинство респондентов покупают этот продукт для того, чтобы «просто пожевать» – 35%; освежить дыхание – 28%; очистить полость рта, предотвратить кариес – 19%; отбелить зубы и облегчить дыхание – по 6%. Сам выбор жевательной резинки основывается на вкусе, так ответило большинство респондентов – 53%, 2-е место занимает вариант ответа «лишь бы пожевать» – 29%, лишь 3% – выбор свой основывают на функциях жевательной резинки. Лидирующее место по вкусу жевательная резинка – фруктовая (44%), без вкуса (без сахара) – 26%, меньше всего предпочитают сладкую (3%) и ментол/эвкалипт (5%).

«Защищает ли жевательная резинка от кариеса?» – 51% респондентов думают, что да, 49% – нет. 96% участников опроса считают жевательную резинку полезной, все респонденты думают, что жевательная резинка улучшает дыхание.

Анализ полученных данных при исследовании РН слюны показал, что до приема жевательной резинки РН составил 7.24, после РН – 7.74 (среднее значение). Таким образом, жевательная резинка достоверно повышает РН слюны, РН сдвигается в щелочную сторону, что способствует минерализации зубов, тем самым препятствует возникновению кариеса.

Кислотность слюны зависит от скорости слюноотделения, количества слюны. Обычно кислотность смешанной слюны человека равна 6,8-7,4 рН, но при большой скорости слюноотделения достигает 7,7-7,9 рН [1,3,5,6,8].

Испытуемые в течение 10 минут жевали резинку, и этого времени хватило для того, чтобы повысить РН слюны, это доказывает то, что 10-15 минут достаточно для профилактического эффекта, как и утверждают многие авторы [1,2,3,5,6,8].

При оценке эффективности применения жевательной резинки было выявлено, что индекс гигиены полости рта снизился, в среднем до приема – ИГ = 4.0 после ИГ = 1,5, следовательно, уровень гигиены полости рта повысился. Также по данным исследования видно, что жевательная резинка очищает зубной налет, что отмечается как положительное действие, но не полностью счищает его с поверхностей зубов. Плохо убирает налет с вестибулярной стороны жевательной группы в пришеечной области, и в области ямок и фиссур.

Выводы

Результаты исследования показывают, что на сегодняшний день употребление жевательной резинки растет как среди взрослых, так и среди детей. Однако уровень их знаний о влиянии жевательной резинки недостаточен, нет понимания ни о количестве, ни о кратности и времени приема жевательной резинки.

Применение жевательной резинки действительно нормализует РН за счет увеличения скорости слюноотделения. Сдвиг РН в щелочную сторону благоприятно действует на минерализацию зуба, тем самым

предотвращая возникновение кариеса. Жевательную резинку целесообразно принимать после еды в течение 10-15 минут.

По данным эксперимента уровень гигиены при употреблении жевательной резинки повышается, за счет эффективного очищающего действия.

Следовательно, можно считать, что рациональное и правильное употребление жевательной резинки служит профилактике стоматологических заболеваний и не наносит вреда организму.

Список литературы

1. Боровский Е.В. Терапевтическая стоматология. – М., 2007.
2. Кича Д.И., Сараджев В.В., Каплан Б.М. Основные направления профилактики стоматологических заболеваний // Вестник новых медицинских технологий. – 2006. – № 2. – Том XIII.
3. Кузьмина Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний. – М., 2010.
4. Леонтьев В.К., Улитовский С.Б., Федоров Ю.А., Yagyu T. и др. // International Dental Journal. – 2003; 2004.
5. Макимовский Ю.М., Сагина О.В. Основы профилактики стоматологических заболеваний. – М., 2005.
6. Павленко Л.Г. Профилактика стоматологических заболеваний. – Полтава, 2004. – С. 40-44.
7. Улитовский С.Б. Энциклопедия профилактической стоматологии. – СПб., 2009.
8. Хоменко Л.А., Биденко Н.В., Остапко Е.И., Шматко В.И. Современные средства экзогенной профилактики полости рта. – К: Книга-плюс, 2001.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ДАГЕСТАНЕ

Исаханова С.М.

ГБОУ ВПО Ивановская государственная медицинская академия, Иваново, Россия,
e-mail: isahanova.sidrat@yandex.ru

Актуальность выбранной темы обусловлена необходимостью ознакомления с проведением профилактических мероприятий по борьбе с туберкулезом с целью сохранения и укрепления здоровья человека. Настоящая учебно-исследовательская работа выполнена на кафедре микробиологии и вирусологии (зав. кафедрой д.м.н., проф. Гарасько Е.В.), направлена на выявление количества больных туберкулезом в республике Дагестан по данным Дагестанской Медицинской Академии за 1970 – 2013 гг.

В 1970 году Дагестан относился к одному из самых неблагополучных по туберкулезу регионов Российской Федерации. Заболеваемость туберкулезом здесь в разные годы была в 1,5-2 раза выше, чем в среднем по России, а в Махачкале – в 2,5 раза. Основные причины: недостаточность вакцинации в родильных домах, низкий уровень материально-бытовых условий населения, несовершенство противотуберкулезной службы с дефицитом стационарных коек (многие больные открытыми формами туберкулеза, лечились на дому, заражая окружающих) дефицит специалистов в данной области медицины, распространенность туберкулеза среди крупного рогатого скота.

С 2001 по 2013 год положительная динамика в Дагестане произошла быстрыми темпами. Смертность от туберкулеза в республике снизилась более чем в два раза. Причины улучшения эпидситуации в Дагестане: улучшение материально-бытовых условий населения, укрепление материально-технической базы противотуберкулезных учреждений республики (в Махачкале в 2006 году вошел в строй детский туберкулезный санаторий на 120 коек). В труднодоступных сельских зонах организованы выезды врачей в районы с наихудшими показателями по туберкулезу. Проведены широкомасштабные мероприятия по очистке животноводства от туберкулеза, оздоровлено 320 крупных животноводческих хозяйств.

Таким образом, результаты УИРС показали, что по имеющимся литературным данным, наблюдается положительная динамика заболеваемости туберкулезом в республике Дагестан.

Список литературы

1. <http://www.riadagestan.ru>; <http://dagpravda.ru>.

РЕТИНОПАТИИ НЕДОНОШЕННЫХ У ДЕТЕЙ ОТ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Исмаилова М.А., Пулатова Ш.М.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ташкент, Узбекистан, e-mail: miuzam55@mail.ru*

Актуальность

Частота встречаемости ретинопатии недоношенных (РН) составляет от 11 до 47% в разных странах мира. В структуре инвалидности по заболеванию органов зрения у детей РН составляет от 11 до 18%. Среди дошкольников этот показатель достигает 20-30%.

Целью настоящей работы явилось выявление основных факторов риска на развитие РН в зависимости от характера многоплодной беременности (однойяйцовые или разнояйцовые плоды).

Материалы и методы

На базе Республиканского Перинатального Центра проведен ретроспективный анализ историй болезни 28 новорожденных детей от многоплодной беременности (22 новорожденных из двойни, 6 новорожденных из тройни), вошедших в группу риска по развитию РН. Из них однойяйцовых пар – 7 и разнояйцовых пар – 6. Возраст детей составлял от 28 до 34 недель и масса тела при рождении от 1100 до 2300 гр. Всем новорожденным проводилась респираторная терапия.

Детям были проведены следующие обследования: визометрия, наружный осмотр, биомикроскопия, пуллометрия до и после закапывания мидриатиков, моно и бинокулярную офтальмоскопию, нейросонография, общие и биохимические анализы крови.

Результаты исследования

Результаты исследования показали, что патологические изменения головного мозга тесно связаны с развитием РН. В группе детей с РН чаще выявились ПВК, ВЖК, ПВЛ (72% в группе с РН, 18% в группе без РН). У новорожденных с поражением ЦНС, диагностированной на первой неделе жизни, в 84% случаев наблюдалась РН, тогда как у остальных 16% детей с патологическими изменениями со стороны головного мозга выявленными на 3-4 неделях жизни, диагноз РН был исключен.

В группах разделенных на однойяйцовые и разнояйцовые виды многоплодия, отмечались существенные различия по выявляемости РН. В группе однойяйцовых отмечалась 100% выявляемость РН у обоих близнецов, однако у первого плода из близнецов отмечалась более тяжелая степень относительно к рожденному вторым. Среди всех детей этой группы диагностировалась активная фаза РН “0” стадия у 17%; “1” стадия у 83%, из которых 17% протекали в виде «плюс болезни» и 17% закончились индуцированным регрессом. В группе разнояйцовых РН наблюдалась у 25% обоих детей, а в 75% случаев РН отмечена только у одного из плодов. И в этой группе у первородных плодов также преобладала тяжелая форма РН. В группе тройни РН наблюдалась у 67% новорожденных (“0” стадия – 50%, “1” стадия – 50%). Анализ зависимости частоты встречаемости РН от гестации, в настоящем исследовании, показал что начиная с 34 х недель выявляемость РН резко снижается, у 6 детей со сроком гестации 34-35 недель были

выявлены изменения на глазном дне, но диагноз РН был исключен.

Выводы

Многоплодная беременность, заканчивающаяся преждевременными родами, также является фактором риска на развитие РН. У новорожденных рожденных первыми при многоплодной беременности, возрастает риск развития тяжелой формы РН. Патологические изменения в головном мозге способствуют формированию РН у недоношенных детей от многоплодной беременности.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ФАКТОРОВ РИСКА И ИСХОДОВ СЕПСИСА НОВОРОЖДЕННЫХ

Исмаилова М.А., Ходжамова Н.К.,
Абдурахмонова С.З., Сулйманова Л.И.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ташкент, Узбекистан, e-mail: miuzam55@mail.ru*

Бактериальные инфекции новорожденных занимают первое место в структуре неонатальной заболеваемости и является лидирующей причиной в структуре смертности, по данным ВОЗ составляет до 36%. Летальность от сепсиса новорожденных (СН) составляет 30-40%, тогда как при развитии септического шока летальность достигает 58-60%.

Реформы Здравоохранения в Узбекистане по регионализации медицинской помощи роженицам и новорожденным, направленные на повышение качества услуг в родовспомогательных учреждениях (РВУ), привели к существенному снижению заболеваемости по СН в статистической структуре смертности, однако показатель летальных случаев в самой группе больных остается высоким.

Цель исследования: провести анализ факторов риска на заболеваемость и перинатальные исходы сепсиса новорожденных с позиций сроков манифестации.

Материалы исследования

Исследования проводились в РВУ II и III уровней г. Ташкента. Критериями для включения в группы исследования явились 85 случаев с клиническим диагнозом сепсиса новорожденных (ранняя и поздняя формы), исключались случаи доказанной перинатальной асфиксии тяжелой степени, родовые травмы ЦНС и внутричерепные кровоизлияния, врожденные формы TORCH инфекции, очаговые бактериальные инфекции.

У группу раннего сепсиса новорожденных (РСН) были включены 65 новорожденных с гестационным возрастом от 22 до 42 недель (основная группа), при условии не менее 3-х клинико-лабораторных проявлений бактериальной инфекции в первые 72 часов жизни. Соответственно группу позднего сепсиса новорожденных (ПСН) – составили 20 новорожденных (контрольная группа), со сроком гестации от 22 до 42 недель с клинико-лабораторными проявлениями генерализованной бактериальной инфекции после 72 часов жизни.

В настоящее время в Узбекистане внедряется национальный протокол диагностики и лечения СН, однако диагностика его в родильных домах до настоящего времени чаще базируется на клинических проявлениях. В связи, с чем в наших исследованиях мы также разделили новорожденных на 2 подгруппы: с диагностически достоверными и диагностически сомнительными случаями СН. Критериями для включения в группу диагностически сомнительного СН явились:

1. Выздоровление и выписка домой на 7-10 день жизни;
2. Отсутствие бактериального подтверждения;
3. Нормальные показатели ОАК, в динамике двукратного повторения;
4. Длительность эмпирической антибактериальной терапии до 7 дней.

Результаты исследования

Характеристика акушерского анамнеза матерей, обследованных новорожденных показала, что средний возраст матерей составлял 27,25±1,8 лет. Из 85 матерей у 10 (11,8%) выявлен отягощенный соматический анамнез: хронический тонзиллит, нейроциркуляторная дистония, приобретенные пороки сердца, миопия, артериальная гипертензия, нарушение жирового обмена. Отягощенный гинекологический анамнез отмечался у 13 (15,3%) женщин: воспалительные заболевания органов малого таза, эрозия шейки матки, дисфункция яичников, первичное и вторичное бесплодие, привычное невынашивание. Урогенитальная инфекция (уреаплазмоз, хламидиоз, микоплазмоз) обнаружена у 14 (16,5%) матерей.

Данная беременность была первой у 32 (37,6%) женщин, повторной – у 53 женщин (62,4%). У 29 женщин (34,1%) настоящей беременности предшествовали от 1 до 8 медицинских аборт; у 24 (28,2%) отмечались самопроизвольные выкидыши при сроке беременности до 12 недель; в 2 (2,4%) случаях имело место неразвивающаяся беременность. Осложненное течение настоящей беременности имело место в следующих пропорциях: токсикоз беременных наблюдался в I триместре у 49 женщин (57,6%); угроза прерывания беременности у 47 женщин (54,1%); ОРВИ перенесли 82 (96,5%) беременных; анемия была зарегистрирована у 73 (85,9%) женщин; гестоз развился у 14 (16,5%) женщин в III триместре данной беременности.

Роды были самостоятельными у 17 (20%) женщин, оперативными – у 68 (80%). Осложнения в родах имели место в 57 (67,1%) случаях (отслойка нормально расположенной плаценты, дистресс плода).

Основную группу составили 43 мальчика и 22 девочки. Масса тела детей при рождении составила от 600 до 4450 гр, длина тела от 32 до 55 см. Распределение детей по массе тела было следующим: менее 1000 гр – 3 (4,1%) детей, от 1000 до 1499 гр – 10 новорожденных (15,3%), от 1500 до 2499 г – 27 детей (41,5%), более 2500 г – 25 детей (38,4%). По гестационному возрасту дети распределились следующим образом: 22–27 недель – 4 ребенка (6,1%), 28–31 недель – 12 детей (18,4%), 32–37 недель – 23 детей (35,4%), более 37 недель – 26 детей (40%). Средняя оценка по шкале Апгар на 1-й минуте жизни составляла 4,5±0,35 (от 1–8 баллов), и на 5-й минуте жизни – 5,82±0,29 (3–8 баллов).

В контрольной группе распределение по гестационному возрасту было следующим: 8 детей составили 28–31 недель (40%), 7 (35%) детей – 32–37 недель и 5 (25%) детей – более 37 недель. Мальчиков было 11 (55%), девочек – 9 (45%). Оценка по шкале Апгар на

1-й минуте жизни составила 6,04±0,42 (3 – 8 баллов) и на 5-й минуте – 7,04±0,29 (7 – 9 баллов).

У недоношенных детей сниженная иммунологическая защита, в силу незрелости их организма, не позволяет адекватно противостоять на пути инфекционного агента. В наших исследованиях число недоношенных детей составило 54 новорожденных (63,5%), со сроком гестации от 22 до 37 недель, тогда как число доношенных было 31 (36,5%).

Среди обследованных детей РВУ III уровня число недоношенных превышало в 3 раза относительно доношенных. В РВУ II уровня достоверной разницы между количеством доношенных (43%) и недоношенных (57%) детей не отмечалось. Учитывая формы течения СН по срокам манифестации, мы проанализировали статистические показатели встречаемости РСН и ПСН в выше указанных родильных учреждениях в зависимости от гестационного возраста новорожденных (таблица).

Как видно из данных таблицы 76,5% из контингента больных СН составила ранняя форма (РСН); соответственно ПСН составила 23,5%. Анализ зависимости сроков проявления СН в группе доношенных и недоношенных детей показал что, РСН на 20% чаще встречается у недоношенных детей (60% относительно 40%), тогда как по при ПСН данная зависимость статистически достоверно превалировала в 3 раза у недоношенных детей (75% относительно 25%). Полученные результаты соответствуют данным литературы, что основными факторами риска ПСН являются длительность пребывания недоношенных в РВУ и активность инвазивных вмешательств на этапе выхаживания.

Известно, что более низкие сроки гестации усугубляют тяжесть и исходы перинатальных состояний недоношенных детей. Нами проведен анализ частоты встречаемости ранних и поздних форм СН в зависимости от сроков гестации. Полученные данные указывает на тенденцию нарастания случаев ПСН в зависимости от малых сроков гестации (> 37 недель – 25%, 32–37 недель – 35%, 28–31 недель – 40%). Обратная зависимость снижения частоты встречаемости РСН у недоношенных детей, причем, чем ниже срок гестации, тем ниже частота встречаемости РСН (более чем в 6 раз чаще РСН встречается у доношенных детей, чем у недоношенных с гестацией 22–27 недель).

Низкая масса при рождении наряду с недоношенностью значительно влияет на состояние здоровья новорожденных детей и на характер перинатальных исходов, а также по данным ВОЗ (2006 г.) является второй по значимости причиной неонатальной смертности. В наших исследованиях масса детей при рождении составила от 600 до 4450 гр. Распределение детей по массе было следующее: экстремально низкая масса тела (ЭНМТ) – 3 новорожденных (3,5%), очень низкая масса тела (ОНМТ) – 19 новорожденных (22,4%), низкая масса тела (НМТ) – 34 детей (40%) и дети с весом более 2500 гр – 29 (34,1%).

Анализ зависимости форм СН от сроков гестации новорожденных в РВУ II и III уровня

Уровень РВУ	РСН (n=65)		ПСН (n=20)		Всего (n=85)	
	Дон	Недон	Дон	Недон	Дон	Недон
III уровня	6 (26,1%)	17 (73,9%)	1 (16,7%)	5 (83,3%)	7 (24,1%)	22 (75,9%)
II уровня	20 (47,6%)	22 (52,4%)	4 (28,6%)	10 (71,4%)	24 (42,9%)	32 (57,1%)
Всего	26 (40%)	39 (60%)	5 (25%)	15 (75%)	31 (36,5%)	54 (63,5%)

В группе РСН число диагностически достоверных случаев составило 90%, тогда как в группе РСН наблюдались: 69,2% случаев достоверной диагностики и число детей с недостаточной диагностикой составило 30,8% (превалирование в 2,6 раз). Таким образом, диагностика РСН является на настоящий момент проблемой требующей дальнейшего поиска диагностически достоверных маркеров с учетом сроков гестации новорожденных.

Количественный анализ перинатальных исходов показал, что при РСН летальность была в 3 раза ниже (23,4%), в основном летальные исходы преобладали в группе недоношенных детей в 5 раз (соответственно 83%, относительно 17% среди доношенных).

Вывод

Недоношенность, маловесность по-прежнему детерминируются, как основные факторы риска на развитие СН и его летальности, особенно при поздней форме манифестации. Диагностика РСН чаще является клиническим диагнозом, требующим усиления базы доказательных критериев диагностики.

Список литературы

1. Bellid L.L., Ohning B.L. Neonatal sepsis. Medicine. Neonatology. Com. Inc, 2006: 351–369.
2. Etiology and Clinical Signs of serious infections in young infants in developing countries: a WHO collaborative study. The Pediatric Infectious Disease Journal. 1999; 18 (10) (Suppl.): 8–16.
3. Joy E Lawn, Simon Cousens, Jelka Zupan. Neonatal Survival 1: 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? Lancet, Vol. 365 March 5, 2005.
4. The World Health Report. Make every mother and child count. WHO, 2005.
5. Friedman G, Silva E, Vinsent J.L. Has the mortality of septic shock changed with time. Crit. Care Med. 2001.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ: ИЕРСИНИОЗНАЯ ИНФЕКЦИЯ У РЕБЕНКА

Катхе С.В., Гаджиева Ш.Р.

*Южно-Казахстанская государственная
фармацевтическая академия,
Шымкентская городская инфекционная больница,
Шымкент, Республика Казахстан,
e-mail: sberdalieva@mail.ru*

Введение

В настоящее время заболеваемость иерсиниозом в Республике Казахстан по данным официальной статистики относительно невысокая, так на 100 тысяч населения показатель составляет 1,86. По ЮКО соответственно за 2012 год – 0,46 и за 2013 год – 0,56. Из указанных показателей заболеваемости иерсиниозом, на долю детей в возрасте до 14 лет приходится около 80-90% от общего числа. Сложный иммунопатогенез иерсиниозов, разнообразие клинических масок, склонность к хронизации процесса, проблемы дифференциальной и лабораторной диагностики создают трудности верификации диагноза и большая часть случаев остается нераспознанной, незарегистрированной.

Среди видов иерсиниозов, кишечный иерсиниоз, относится к трудно диагностируемому острым инфекциям и часто регистрируется под видом других заболеваний. Трудности в постановке клинического диагноза, длительность бактериологического выделения возбудителя, перекрестная иммунореактивность с рядом других микроорганизмов являются основанием для акцентирования данного заболевания, и основанием для совершенствования методов и приемов диагностики. Предлагаем обсудить случай из практики иерсиниозной инфекции у мальчика 13 лет, из Казыгуртского района ЮКО, поступившего на лечение в Шымкентскую городскую инфекционную больницу.

Материалы и методы исследования: ретроспективный анализ истории болезни, статистические данные Шымкентской городской инфекционной больницы.

Результаты и их обсуждение

Больной поступил с жалобами на повышение температуры тела до 38-39⁰, высыпания по телу, головные боли, слабость, снижение аппетита.

Из anamnesis morbi: со слов мамы ребенок болен 5-й день. Заболевание началось остро с повышения температуры до 38,5-39⁰, кашля, головной боли и боли в животе. На 2-3 день общая слабость, умеренные высыпания по телу. На 4-й день сыпь появилась на ногах и руках. Обратились в поликлинику по месту жительства, где получили назначения: парацетамол и аспирин. На следующий день сыпь появилась по всему телу, больше в конечностях кистей рук, стоп и ухудшилось самочувствие. Вновь обратились в поликлинику, откуда были доставлены в Шымкентскую городскую инфекционную больницу, скорой медицинской помощью, госпитализированы по тяжести состояния в ОРИТ, затем после стабилизации состояния перевели в отделение.

Из anamnesis vitae: в семье 4-й ребенок. Рос и развивался соответственно возрасту. Привит по плану. Состоит на «Д» учете у уролога с д/з: «Варикоцеле». Аллергоанамнез и наследственность не отягощены. Перенесенные заболевания: ОРВИ с судорогами (получали лечение в Шымкентской городской инфекционной больнице.)

Эпидемиологический анамнез: контакт с инфекционными больными отрицает. Живет в частном доме, водоснабжение централизованное, санитарную гигиену соблюдает. Овощи хранят в погребе. Мальчик помогает родителям по уходу за домашними животными. Со слов мальчика другие члены семьи здоровы.

Status praesens: Состояние при поступлении тяжелое за счет симптомов интоксикации. Сознание ясное. Самочувствие нарушено. Вялый, слабый. Аппетит снижен. Менингеальные знаки отрицательные. Температура тела 38,5⁰С. Телосложение правильное, удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные, по всему телу темные мелко-точечные высыпания на неизменном фоне, особенно много на локтевых сгибах, в паховой области, в подмышечных впадинах, и в естественных складках. Кисти рук и стопы ярко гиперемированы по типу симптомов «перчаток» и «носок». Тургор тканей сохранен. Периферические лимфоузлы не увеличены. При осмотре: склеры глаз инъекцированы, легкая фотофобия, губы сухие запекшиеся, рот открыт с трудом, язык по краям – малиновый, корень покрыт грязно-белым налетом. В зеве яркая гиперемия дужек; миндалины – гипертрофированы, рыхлые, налетов нет; задняя стенка глотки – зерниста. Дыхание через нос затруднено, отделяемого нет. Легкая токсическая одышка. ЧД – 32 в мин. Аскультативно в легких жесткое дыхание, хрипов нет, перкуторно легочной звук. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 96 в мин. Живот мягкий, доступен пальпаций, отмечаются незначительная болезненность по всему животу. Печень увеличена на 1,0 см, селезенка не увеличена. Стул кашицеобразный, Диурез адекватный.

В анализах умеренная лейкопения, нейтрофилез; Б/хАК; ОАМ, Копрологии – б/о. Бак посев из носа, зева – отрицательный; ИФА на иерсиниоз, листериоз – Ig M, Ig G не обнаружены; Бак анализ кала и мочи на иерсиниоз – в работе; РПГА – нет реактивов.

Проведено лечение: стол № 15, теплое питье; этиотропная терапия (левомицетин 0,5×3 р/д №6, цефа-

золин 1,0×3 р/д №6), патогенетическая терапия (гепарин 500 ЕД×4 р/д № , 10% глюкоза 400,0 мл+ Вит С 5% 6,0 мл+ 4% калия хлорид 30,0 мл № 1, 0,9% натрия хлорид №1, 1% кальция хлорид – 100,0 мл №1), симптоматическая терапия (литическая смесь №1, мезим форте по 1 таб×3 р/д №4).

В ходе лечения состояние ребенка улучшилось, температура в пределах нормы. Самочувствие не нарушено. Сыпь в динамике – бледная, на кистях рук и стопах исчезла. В зеве легкая гиперемия. Дыхание свободное, хрипов нет. Живот мягкий, б/б. Печень +1,0 см. Стул и диурез не нарушен. Выписывается с клиническим выздоровлением.

Вывод

Анализируя этот случай, нужно отметить, что для установления правильного диагноза требовалось проведение тщательной дифференциальной диагностики с целым рядом заболеваний, а также осторожность в отношении иерсиниозной инфекции, так как лабораторная диагностика не всегда дает исчерпывающий ответ в постановке диагноза, кроме того, часто отсутствует оснащение (реактивы) в лабораториях. *Exjuvantibus* – клиническое выздоровление больного.

**ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ
ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФЕКЦИЯМИ,
ПЕРЕДАВАЕМЫМИ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ,
НА ТЕРРИТОРИИ ГОРОДА КАЗАНЬ**

Киясов И.А., Хузиханов Ф.В., Ичкеева А.А., Романова К.О.

*ГБОУ ВПО Казанский государственный медицинский университет МЗ РФ, Казань, Россия,
e-mail: roksalan@bk.ru*

Введение

Проблема заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), существовала во все времена. Эту проблему необходимо рассматривать с трех сторон: непосредственно период течения заболевания, отсроченные последствия перенесенного заболевания, как на организм самого человека (включая репродуктивную систему мужчины и женщины – первичное и вторичное бесплодие), так и на организм будущего потомства. Эти заболевания надлежит рассматривать не только как медицинскую, но и как социально значимую проблему [2, 3, 4, 5].

В городе Казань – столице республики Татарстан, как и на всей территории Российской Федерации, сформировалась благоприятная тенденция к снижению уровня общей заболеваемости ИППП. Однако, некоторые авторы отмечают, что уровень и доля заболеваний, вызываемых вирусными ИППП, растет. Так, например, на территории Российской Федерации в 2009 г. темп прироста уровня заболеваемости урогенитальным герпесом по сравнению с 2003 г. составил +6,7%, а вирусом папилломы человека (ВПЧ) +10,5%. По данным А.А. Кубановой и соавторов, высокий прирост заболеваемости вирусными ИППП отмечается в Южном, Уральском, и Приволжском федеральных округах. На территории последнего располагается город Казань [1].

В связи с этим было проведено исследование, целью которого явилась оценка развития заболеваемости ИППП на территории города Казань за период с 2000 по 2013 гг.

Для достижения данной цели были поставлены следующие задачи: изучить динамику заболеваемости, вычислить изменения в структуре заболеваемости, выявить закономерности развития заболеваемости.

Материалы и методы статистического исследования заболеваемости ИППП на территории города Казань за период с 2000 по 2013 гг.

Единица наблюдения – случай заболевания, вызванного ИППП на территории города Казань с 2000 по 2013 гг., зарегистрированный в учетной форме дерматовенерологической службы РТ N 089/У-КВ «извещение о больном с вновь установленным диагнозом сифилиса, гонореи, трихомониаза, хламидиоза, герпеса урогенитального, аногенетальными бородавками (ВПЧ), микроспории, фавуса, трихофитии, микоза стоп, чесотки».

Методы исследования: статистический и математический.

Сбор материала производился по способу выкопировки данных, объем выкопировки данных был сплошной и одномоментный.

Материалом для исследования стали учетные формы дерматовенерологической службы РТ N 089/У-КВ. Они включают в себя регистрацию заболеваний, вызванных ИППП, и заразных кожных заболеваний, последние мы не изучали. Учетные формы регистрируют шесть наиболее распространенных инфекций, передаваемых половым путем, согласно нормативным документам министерства здравоохранения Российской Федерации.

С 2000 по 2010 год учетные формы включали в себя регистрацию случаев заболеваний с вновь установленным диагнозом, которые сводились в комбинационные таблицы по полу и возрасту заболевших ИППП. При этом по возрастным группам существовала следующая градация: 0-14, 15-17, 18-19, 20-29, 30-39, 40 лет и старше. Учетные формы в 2011 году претерпели изменения. Начиная с 2011 года, учитываются следующие возрастные группы: 0-1, 2-14, 15-17, 18-29, 30-39, 40 лет и старше.

В связи с этим все статистические данные за 2000-2013 гг. были сведены нами в комбинационные таблицы по полу и возрасту, по следующим возрастным группам: 0-14, 15-17, 18-29, 30-39, 40 и старше. Данная разбивка предусматривает выделение группы молодежи, в которую включается две возрастные подгруппы: 15-17 и 18-29 лет. То есть молодежь до совершеннолетия и старше.

Сводка в комбинационные таблицы произведена по всем регистрируемым в учетных формах дерматовенерологической службы РТ ИППП вместе взятым.

Среднегодовая численность населения города Казань сведена в такую же комбинационную таблицу. На основании чего, вычислены интенсивные показатели общей заболеваемости ИППП на территории города Казань за 2000-2013 гг. При помощи линейной диаграммы наглядно продемонстрирована динамика заболеваемости (рис. 1).

Вычислены и сведены в групповую таблицу экстенсивные показатели (таблица 1), результаты которых наглядно продемонстрированы на секторных диаграммах, отражающих разницу в структуре заболеваемости по заболеванию между 2000 г. и 2013 г. (рис. 2, рис. 3).

В связи с изменениями в структуре заболеваемости по заболеванию, произведена сводка статистических данных по каждому отдельно взятому заболеванию в комбинационные таблицы по полу и возрасту. Вычислены интенсивные и экстенсивные показатели. Построены линейные диаграммы для наглядной демонстрации динамики заболеваемости по каждому заболеванию, вызываемому ИППП, на территории города Казань за период с 2000 по 2013г. При этом в трех случаях изучения динамики заболевания по ли-

нейным диаграммам динамика заболеваемости не дает представления о тенденциях ее развития. В связи с этим произведено выравнивание динамических рядов методом наименьших квадратов, результаты

представлены на линейных диаграммах (рис. 4, рис. 5, рис. 6) которые демонстрируют закономерности развития заболеваемости хламидиозом, урогенитальным герпесом и ВПЧ на территории Казани.

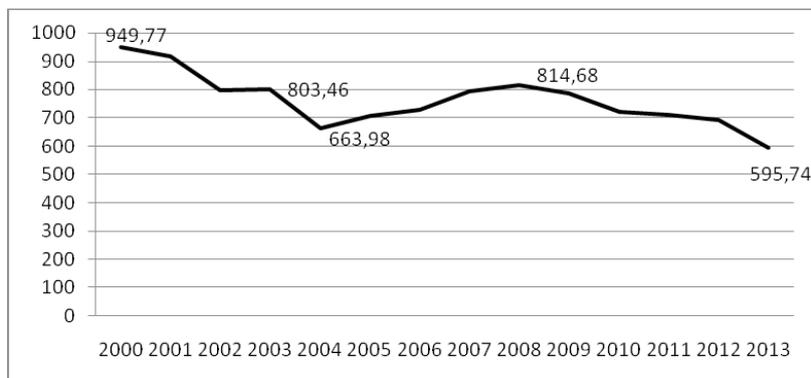


Рис. 1. Динамика заболеваемости ИППП в Казани за период 2000-2013 гг.

Таблица 1

Структура заболеваемости ИППП по заболеваниям в г. Казань за 2000-2013 гг. (абсолютные величины и экстенсивные показатели)

	Сифилис %	Абс. величина	Гонорея %	Абс. величина	Трихомониаз %	Абс. величина	Хламидиоз %	Абс. величина	ВПЧ %	Абс. величина	Герпес %	Абс. величина	Итого %	Абс. величина
2000	19,90%	2067	28,10%	2909	26,00%	2698	11,40%	1180	12,20%	1269	2,30%	239	100%	10362
2001	18,00%	1796	25,60%	2555	26,70%	2669	13,10%	1305	14,00%	1401	2,70%	274	100%	10000
2002	14,40%	1254	19,80%	1721	26,70%	2320	13,60%	1179	21,60%	1873	3,80%	332	100%	8679
2003	11,50%	1018	15,60%	1390	25,50%	2269	14,60%	1295	28,10%	2498	4,70%	420	100%	8890
2004	10,90%	804	17,00%	1250	22,10%	1626	15,70%	1153	27,50%	2026	6,80%	501	100%	7360
2005	8,70%	681	15,70%	1236	23,30%	1834	15,90%	1255	31,60%	2487	4,80%	379	100%	7872
2006	6,90%	559	14,70%	1191	19,70%	1601	18,50%	1500	36,40%	2957	3,90%	318	100%	8126
2007	7,80%	695	13,70%	1220	18,30%	1626	22,80%	2022	33,30%	2962	4,10%	360	100%	8885
2008	6,20%	571	13,60%	1251	15,70%	1441	22,70%	2078	37,10%	3403	4,60%	425	100%	9169
2009	5,60%	496	12,00%	1070	14,60%	1305	22,50%	2006	41,70%	3718	3,70%	327	100%	8922
2010	7,60%	621	12,30%	1012	14,20%	1167	24,00%	1972	37,90%	3120	4,00%	330	100%	8222
2011	7,70%	630	10,10%	831	12,00%	982	27,30%	2238	38,70%	3181	4,30%	350	100%	8212
2012	6,20%	505	11,10%	901	10,70%	869	30,30%	2460	36,90%	2998	4,70%	381	100%	8114
2013	5,70%	402	10,30%	725	10,80%	755	29,20%	2043	38,70%	2709	5,30%	373	100%	7007

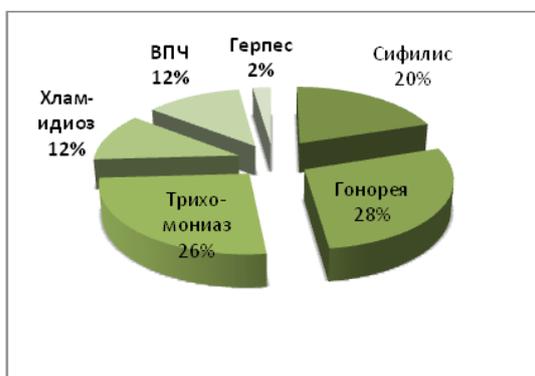


Рис. 2. Структура заболеваемости ИППП в Казани за 2000 г.

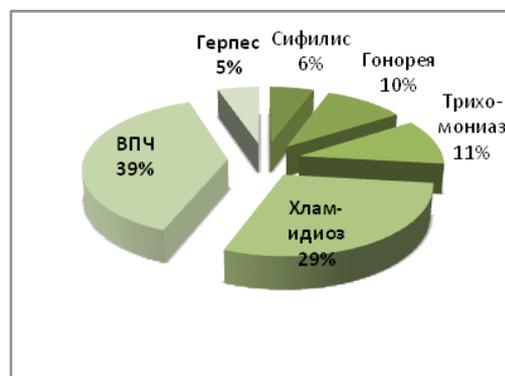


Рис. 3. Структура заболеваемости ИППП в Казани за 2013 г.

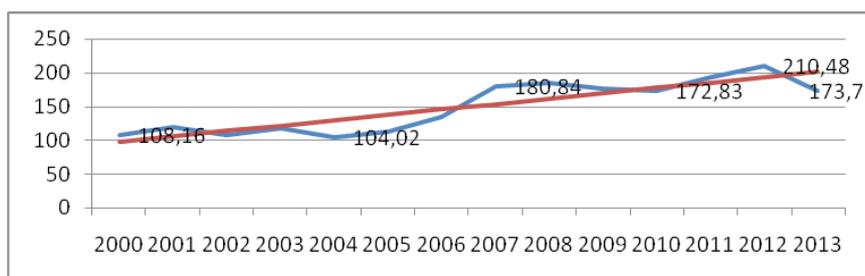


Рис. 4. Динамика и закономерность развития заболеваемости хламидиозом в г. Казани за период 2000-2013 гг.

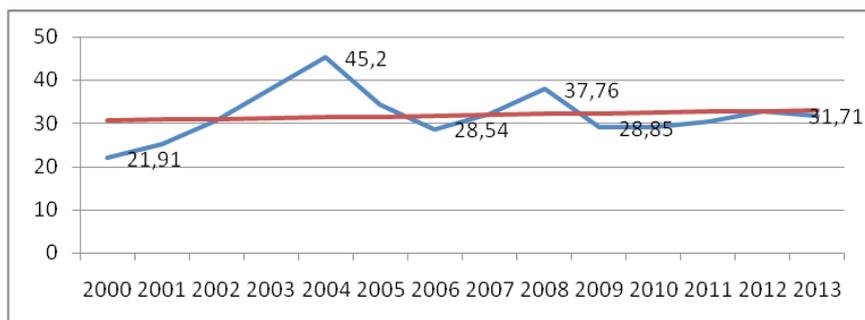


Рис. 5. Динамика и закономерность развития заболеваемости герпесом уrogenитальным в г. Казани за период 2000-2013 гг.

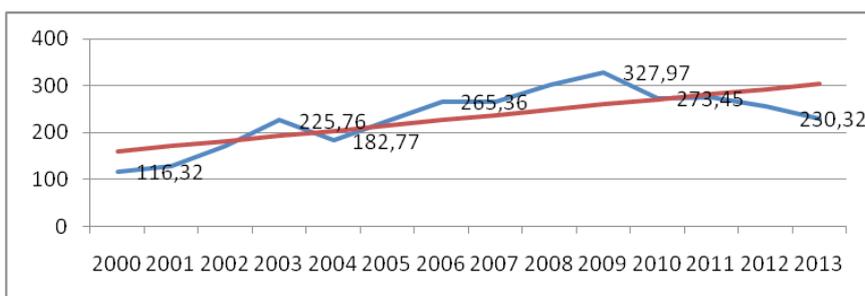


Рис. 6. Динамика и закономерность развития заболеваемости ВПЧ в г. Казани за период 2000-2013 гг.

Результаты исследования

Динамика снижения уровня общей заболеваемости ИППП на территории города Казань за период с 2000 по 2013 гг. подтверждена. Так в 2000 г. уровень общей заболеваемости ИППП на территории города Казань составил 949,77 на сто тысяч, а к 2013 г. снизился до 595,74 на сто тысяч.

При этом структура заболеваемости изменилась. Среди всех случаев вновь установленного диагноза увеличилась доля заболевших входящих в возрастные рамки групп молодежи (15-29 лет) с 61,7% в 2000 г. до 67,6% в 2013 г.

Доля заболеваемости хламидиозом, герпесом уrogenитальным и ВПЧ в структуре общей заболеваемости ИППП на территории Казани возросла с 25,9% за 2000 год до 73,2% за 2013 год.

Выявлена закономерность развития заболеваемости хламидиозом, герпесом уrogenитальным и ВПЧ – уровень заболеваемости растет ($p > 0,05$).

Заключение

Проведенное статистическое исследование заболеваемости ИППП на территории города Казань за период с 2000 по 2013 гг. подтвердило снижение уровня общей заболеваемости ИППП.

Однако, при решении поставленных задач, было выявлено что:

- во-первых, в структуре общей заболеваемости возросла доля молодежи;
- во-вторых, к 2013 году возросла доля заболеваемости хламидиозом, герпесом уrogenитальным и ВПЧ почти в 3 раза по сравнению с 2000 годом;
- в-третьих, выявлена закономерность роста уровня заболеваемости по каждому из этих трех заболеваний.

Если выявленные закономерности развития заболеваемости не изменить, существует риск, что со временем общая заболеваемость начнет расти вместе с заболеваемостью хламидиозом, герпесом уrogenитальным и ВПЧ, так как в ее структуре эти три заболевания уже занимают долю более 70%.

В связи с этим необходимо детальное изучение причин приведших к такому развитию заболеваемости ИППП на территории города Казань и поиска мер по борьбе с ними, как индивидуальных, так и общественных.

Список литературы

1. Кубанова А.А. и др. Анализ эпидемиологической ситуации и динамика заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, и дерматозами на территории РФ // Организация и модернизация здравоохранения. – 2010. – № 5. – С. 4-21.

2. Рахматулина М.Р., Шашкова А.А. Инфекции, передаваемые половым путем, и их влияние на репродуктивное здоровье детей и подростков // Вестник дерматологии и венерологии. – 2013. – № 4. – С. 30-37.

3. Сакевич В.И. Европа: заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем // Демоскоп Weekly. – 2011. – № 473-474. – С. 1-6.

4. Хузиханов Ф.В., Шаяхметова Р.Р. Сравнительный анализ заболеваемости репродуктивной системы девочек-подростков // Успехи современного естествознания. – 2013. – № 9. – С. 73-75.

5. Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006-2015. Key messages. Geneva, World Health Organization, 2006 (WHO/RHR/6.10) (Available at: http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/WHO_RHR_06.10_eng.pdf, accessed 19 March 2012).

БИОЦИДНЫЕ СВОЙСТВА ЛЬНЯНЫХ МАТЕРИАЛОВ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ, МОДИФИЦИРОВАННЫХ НАНОРАЗМЕРНЫМИ МЕДЬСОДЕРЖАЩИМИ ПОРОШКАМИ

Клемина А.Д., Чуловская А.Л.

Ивановская государственная медицинская академия,
Иваново, Россия

Российский химико-технологический университет
им. Д.И. Менделеева, Москва, Россия,
e-mail: alena-klemina@mail.ru

В условиях необходимости борьбы с внутрибольничными инфекциями в медицинской отрасли все острее становится вопрос об использовании композиционных материалов (перевязочных, шовных и упаковочных) обладающих антимикробными свойствами. В то же время, материалы должны быть экономически выгодными для закупки лечебными учреждениями. Вместо дорогостоящего серебра в качестве антимикробного компонента может быть использована медь, также обладающая выраженной биоцидностью [1,2]. Усиление антимикробных свойств меди возможно уменьшением размера медьсодержащих частиц. Как известно, снижение размера частиц до 10-100 нм позволяет придавать материалам на их основе совершенно новые функциональные характеристики [1,2].

Цель работы: исследование биоцидных свойств льняных материалов, модифицированных наноразмерными медьсодержащими порошками.

Задачи:

- получение наноразмерных порошков меди;
- исследование биоцидных свойств модифицированных образцов льняных материалов на плотных питательных средах с использованием в качестве тест-микробов – *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli* и грибов рода *Candida* – типовой вид *C. albicans*.

Методика исследований

Нанопорошки меди были получены нами в Институте химии растворов РАН г. Иваново методом электрохимического катодного восстановления из водно-этанольных растворов сульфата меди. Метод экологически безопасен и экономичен, позволяет управлять ходом процесса путем варьирования состава раствора электролита и электрических режимов. Для реализации метода использована стандартная аппаратура: источник постоянного тока, электрохимическая ячейка с электродами и измерительные приборы (рис. 1).

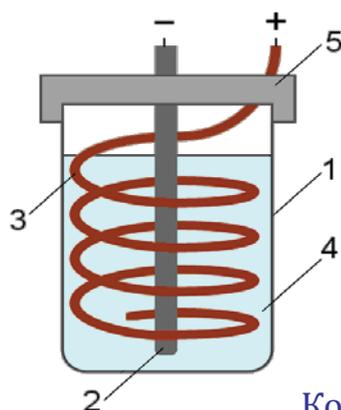
Исследование антибактериальных свойств было решено производить на наиболее распространенном в медицинской отрасли материале – льняной отбеленной ткани.

Исследование биоцидности свойств отбеленной льняной ткани, обработанной наноразмерными медьсодержащими порошками меди (далее НМП), по общепринятой методике на прокариотических тест-культурах с использованием *Gracilicutes* – *E. coli* и *Firmicutes* – *St. aureus*, и эукариотических – дрожжеподобных грибах *C. albicans*.

Испытания проводили на образцах ткани:

1. образец, обработаны НМП;
2. образец, обработанный промышленным порошком меди (исследуется с целью доказательства важности размера частиц меди, введенных в материал);
3. образец чистого льняного полотна;
4. контроль.

Результаты исследований представлены на следующих рисунках (рис. 2):



- 1 – электрохимическая ячейка;
- 2 – катод;
- 3 – анод;
- 4 – раствор электролита;
- 5 – винилпластовая крышка.

Основные реакции, протекающие на катоде



Концентрация CuSO_4 – 0.1 М
Концентрация $\text{C}_2\text{H}_5\text{OH}$ – 15 масс. %

7

Рис. 1. Аппаратура для получения нанопорошков методом электрохимического катодного восстановления из водно-этанольных растворов сульфата меди



Рис. 2. Результаты исследований

Также производилось исследование модифицированной ткани при 14-дневном контакте с микрофлорой почвы. Исследования проводились на следующих образцах:

- а) – чистое льняное полотно;
- б) – льняное полотно, обработанное водной суспензией промышленного порошка;
- в) – льняное полотно, обработанное водной суспензией НМП

Выводы

Образцы, обработанные НМП дали зону задержки роста тест-культур на плотной питательной среде более 25 мм.

Наблюдаемые изменения целостности и внешнего вида ткани, обработанной наноразмерными медьсодержащими порошками, при 14-дневном контакте с микрофлорой почвы показали достаточно высокую ее устойчивость к воздействию бактериальных культур.

Список литературы

1. Клемина А.Д., Гончаренко А.А., Чуловская А.Л., Тимин А.С. Методические подходы к проведению исследований антимикробной активности композиционных материалов: материалы ежегодной научной конференции с международным участием «Медико-биологические, клинические и социальные вопросы здоровья и патологии человека».
2. Клемина А.Д., Гончаренко А.А., Румянцев Е.В., Тимин А.С., Гараско Е.В. Золь-гель синтез силикагеля с включенными наночастицами серебра с использованием поли-4-винилпирролидона. Новые полимерные композиционные материалы: материалы 10 международной научно-практической конференции, – Нальчик, 2014.

ПОСТИНСУЛЬТНАЯ СПАСТИЧНОСТЬ – ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ. ЛЕЧЕНИЕ СПАСТИЧНОСТИ И ЗНАЧЕНИЕ СВОЕВРЕМЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ В РАННЕМ РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Кобец В.А., Прокашева М.В., Аринкин П.А.

Российский университет дружбы народов,
Москва, Россия, e-mail: varkona@rambler.ru

Существует несколько определений спастичности. Наиболее признанной является дефиниция, предложенная *Lance J.W.*: «Спастичность – двигательное нарушение, возникающее вследствие повреждения супраспинальных или краниально расположенных спинальных нейронов и характеризующееся повышением тонуса мышц вместе с усилением сухожильных рефлексов».

Патофизиология расстройств мышечного тонуса в настоящее время продолжает интенсивно изучаться в связи с влиянием различных структур головного и спинного мозга на состояние нейромоторного аппарата.

В целом ряде экспериментальных исследований наглядно демонстрируется, что изолированное поражение пирамидного тракта не вызывает **спастичности**, а приводит лишь к парезу в дистальных отделах конечностей, в то время как **спастичность** связывают с нарушением целого ряда нейрофизиологических механизмов, среди которых решающая роль отводится нарушению дифференцированной регуляции α - и γ -мотонейронов, гипервозбудимости спинальных α -мотонейронов, уменьшению активности некоторых ингибиторных механизмов. В работах как европейских исследователей, так и отечественных авторов указывается, что повышение мышечного тонуса является следствием гиперактивности не пирамидных волокон, а волокон кортико-рубро-спинальных, кортико-ретикуло-спинальных и кортико-вестибуло-спинальных трактов, именно они и являются основным так называемым «регулятором» тонуса антигравитационных мышц. Это и является указанием на комби-

нированное поражение пирамидных и экстрапирамидных структур отделов головного мозга.

Спастичность, как правило, нарастает на протяжении нескольких недель и даже месяцев после мозговой катастрофы и крайне редко спонтанно регрессирует. Зачастую в подобных ситуациях спастичность заметно ухудшает двигательные функции, способствуя формированию контрактуры и развитию деформации конечности, к тому же нередко на этом фоне возникают неконтролируемые болезненные сокращения мышц.

Если постинсультный парез сохраняется в течение длительного времени (несколько месяцев и более), то могут возникнуть структурные изменения сегментарного аппарата спинного мозга (укорочение дендритов альфа-мотонейронов и коллатеральный спрутинг афферентных волокон, входящих в состав задних корешков), которые способствуют прогрессированию спастичности. Также развиваются вторичные изменения в паретичных мышцах, сухожилиях и суставах, которые усиливают двигательные расстройства и сопротивление, возникающее в мышце при ее растяжении, что необходимо учитывать при оценке мышечного тонуса в паретичных или парализованных конечностях.

Модифицированная шкала спастичности Ashworth предусматривает шестибалльную оценку спастического синдрома, где:

- 0 баллов – нет повышения тонуса;
- 1 балл – легкое повышение тонуса, ощущаемое при сгибании или разгибании сегмента конечности в виде незначительного сопротивления в конце движения;
- 2 балла – незначительное повышение тонуса в виде сопротивления, возникающего после выполнения не менее половины объема движения;
- 3 балла – умеренное повышение тонуса, выявляющееся в течение всего движения, но не затрудняющее выполнение пассивных движений;
- 4 балла – значительное повышение тонуса, затрудняющее выполнение пассивных движений;
- 5 баллов – пораженный сегмент конечности фиксирован в положении сгибания или разгибания.

Субъективность данной шкалы очевидна, различие 1, 2 и 3 баллов не является явным и существенным; другим недостатком шкалы является узкий спектр оценок: например, генерализованный вариант спастического синдрома, наиболее тягостный для пациента и ограничивающий не только подвижность сегмента, но также и висцеральные функции, не включен в классификацию вообще. Диагноз на основании шкалы Ashworth не может быть руководством к действию, так как в основе классификации – различия, не влияющие на тактику лечения.

Рекомендуется оценивать спастический синдром по шкале Л.Д. Потехина, которая учитывает как местные, так и общие проявления спастического синдрома:

- 1) гиперрефлексия;
- 2) «триггерный» гипертонус;
- 3) гипертония, ограничивающая пассивные движения в пораженных сегментах;
- 4) гипертонус, ограничивающий двигательные функции в сохранных сегментах;
- 5) гипертонус, лимитирующий висцеральные функции.

Лечение постинсультной спастичности направлено на улучшение функциональных возможностей паретичных конечностей, ходьбы, самообслуживания больных. К сожалению, в части случаев возможности лечения спастичности ограничиваются только уменьшением боли и дискомфорта, связанного с высоким

мышечным тонусом, облегчением ухода за парализованным пациентом или устранением имеющегося косметического дефекта, вызванного высоким мышечным тонусом.

В целом, функциональные возможности конечности у больного с постинсультным парезом конечности хуже при наличии выраженной спастичности, чем при ее легкой степени. Вместе с тем у части больных при выраженной степени пареза спастичность в мышцах ноги может облегчать стояние и ходьбу, а ее снижение может привести к ухудшению двигательной функции и даже к падениям. Перед лечением постинсультной спастичности необходимо определить возможности лечения у конкретного больного.

Лечебная гимнастика – наиболее эффективное направление ведения больного с постинсультным спастическим парезом, она направлена на тренировку движений в паретичных конечностях и предотвращение контрактур. Методика лечебной гимнастики строится с учетом клинических данных и сроков, прошедших после инсульта. Упражнения назначают со 2-5-го дня с начала заболевания, после исчезновения явлений коматозного состояния. Противопоказанием служит тяжелое общее состояние с нарушением деятельности сердца и дыхания.

В качестве методов физиотерапии используется лечение положением, обучение пациентов стоянию, сидению, ходьбе, бинтование конечности, применение ортопедических аппаратов, тепловые воздействия на спастичные мышцы, а также электрическая стимуляция определенных мышечных групп.

У больных, перенесших инсульт и имеющих локальную спастичность в паретичных мышцах, можно использовать ботулинический токсин типа А. Действие ботулотоксина при внутримышечном введении вызвано блокированием нервно-мышечной передачи, обусловленным подавлением высвобождения нейромедиатора ацетилхолина в синаптическую щель.

Применяемые внутрь антиспастические средства (миорелаксанты), уменьшая мышечный тонус, могут улучшить двигательные функции, облегчить уход за обездвиженным пациентом, снять болезненные мышечные спазмы, усилить действие лечебной физкультуры и вследствие этого предупредить развитие контрактур. При легкой степени спастичности применение миорелаксантов может привести к значительному положительному эффекту, однако при выраженной спастичности могут потребоваться большие дозы миорелаксантов, применение которых часто вызывает нежелательные побочные эффекты.

Нейрохирургические методы лечения спастичности включают операции на головном мозге (стереотактические), спинномозговых корешках (селективная ризотомия), периферических нервах (нейротомия), но широкого применения из-за высоких рисков развития осложнений (расстройства чувствительности, появление болей, парестезий, нарушения функции внутренних органов) данные методы не нашли.

В завершение следует обратить внимание на необходимость безотлагательного принятия мер по профилактике спастичности у перенесших инсульт больных; адекватной, актуальной и своевременной противоспастической терапии, что в будущем позволит значительно повысить качество жизни пациентов. В лечении обязателен комплексный подход, строгая этапность и контроль квалифицированными специалистами. Важнейшей задачей лечения спастичности является как можно более ранняя активация больного. Для этого требуется улучшать функциональные возможности, купировать болевые приступы и мы-

шечные спазмы, а также способствовать облегчению проведения физиотерапии и уходу за маломобильным больным.

Список литературы

1. Хатякова С.Е. Использование ботулотоксина (ботокс) при лечении больных с постинсультной спастичностью // Журнал неврологии и психиатрии. – 2009. – №6.
2. Батышева Т.Т., Бойко А.Н., Костенко Е.В. Методологические основы лечения спастичности: материалы научно-практической конференции «Медико-социальные аспекты лечения спастичности в практике врача-невролога». – М., 2010.
3. Леонтьев М.А. Реабилитологический осмотр спинального пациента: методические рекомендации для реабилитологов, врачей и методистов ЛФК. – 2002.
4. Парфенов В.А. Постинсультная спастичность и ее лечение // Российский медицинский журнал. – 2006. – Т. 14, №9 (261).
5. Костенко Е.В. Лечебная физкультура при постинсультной спастичности: пособие для врачей.
6. Зиновьева О.Е., Шенкман Б.С., Катушкина Э.А. Состояние скелетных мышц при церебральной спастичности // Неврологический журнал. – 2008. – № 6.
7. Антипова Л.Н. Постинсультная спастичность. Аспекты выбора терапии // Вестник муниципального здравоохранения.
8. Bayram S., Sivrioglu K., Karli N. et al. Low-dose botulinum toxin with short-term electrical stimulation in poststroke spastic drop foot: a preliminary study // Am. J. Phys. Med. Rehabil. – 2006.

**ХАРАКТЕРИСТИКА
ВЕГЕТАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ
У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ БРУЦЕЛЛЕЗОМ**

Кожаметова Д.К., Маукаева С.Б.,
Кудайбергенова Н.К., Куанышева А.Г.

Государственный медицинский университет,
Семей, Республика Казахстан, e-mail: dana_ken@mail.ru

Актуальность

Поражение вегетативной нервной системы (ВНС) при хроническом бруцеллезе представляется закономерным, так как длительно персистирующее, с частыми рецидивами течение заболевания [1, с.36; 2, с. 63; 3; 4, с. 1936] требует активации адаптационных механизмов, которые в большой степени реализуются с помощью ВНС [5, с. 1148-1155; 6, с. 48-51; 7, с. 139-143]. Роль ВНС в формировании и развитии некоторых клинических симптомов хронического бруцеллеза (артралгии, люмбалгии, кардиалгии, гипергидроз и др.) не может быть переоценена. По данным разных авторов частота патологии ВНС при хроническом бруцеллезе достигает 98,2% [3; 8, с. 89]. Степень дистонии ВНС определяет состояние защитных систем организма, поэтому так важно правильно оценивать и лечить эти нарушения у больных хроническим бруцеллезом [9, с. 668-710].

Цель исследования – определить характер вегетативных расстройств у больных хроническим бруцеллезом.

Материалы и методы исследования

В исследование были включены пациенты, госпитализированные во взрослое отделение Городской инфекционной больницы г. Семей с диагнозом «Хронический бруцеллез». Больные были ознакомлены с планом работы и подписали информированное согласие на участие в исследовании. По степени компенсации бруцеллеза сформированы две группы: в первую вошли 56 пациентов в фазе декомпенсации, во вторую – 55 пациентов в фазе субкомпенсации. Критерии включения в группы: подтвержденный диагноз хронического бруцеллеза, отсутствие сопутствующих заболеваний.

Функциональная оценка ВНС больных хроническим бруцеллезом проводилась по алгоритму А.М. Вейна (1998) [9; 10, с. 54-55], который включал анкетирование, объективное обследование, исследование вегетативного тонуса и вегетативной реактивности

больных до начала стандартного лечения и по его окончании.

Результаты анкетирования и объективного обследования пациентов оценивались по количеству набранных баллов. Функция ВНС считалась нарушенной, если больной набирал более 15 баллов в анкете или более 25 баллов при объективном обследовании.

Также был проведен расчет показателей, отражающих доминирование одного из отделов ВНС (симпатического, парасимпатического) в регуляции работы систем организма. Так, по вегетативному индексу Кердо (далее – ВИ, индекс Кердо) и относительному показателю минутного объема крови (МОК) по Лилье-Штрандеру оценивалась регуляция в сердечно-сосудистой системе (ССС), по коэффициенту Хильдебранта определялось наличие равновесия в функционировании ССС и системы органов дыхания.

Для определения характера вегетативных реакций проводилась глазосердечная проба Даньини-Ашнера, исследовался синокаротидный рефлекс Чермака-Геринга и эпигастральный (соляренный) рефлекс Тома-Ру, замедление пульса рассчитывалось по формуле Галю [9; 10]. Трактовка проводилась по величине замедления пульса: 1) рефлекс отсутствует либо инвертирован (пульс недостаточно замедлен или учащен) – симпатический тип реакции; 2) рефлекс положительный – замедление свыше 12 ударов в минуту – парасимпатический тип; 3) замедление на 4-12 ударов в минуту – нормальный тип, эйтония.

Контролем служили показатели 30 клинически здоровых лиц. Результаты исследования частоты сердечных сокращений у здоровых лиц в пробе Даньини-Ашнера: минус 3,95±0,16 удара в минуту; в синокаротидном рефлекс: 4,90±0,01; в солярном рефлекс Тома-Ру: минус 2,75±0,09 удара в минуту. При значениях выше среднего показателя здоровых лиц вегетативная реактивность считалась повышенной, при значениях ниже – вегетативная реактивность считалась сниженной.

Результаты и обсуждение

Как следует из таблицы 1, при поступлении все пациенты с декомпенсацией процесса имели признаки вегето-сосудистой дистонии (ВСД), выявляемые как при анкетировании, так и при объективном обследовании.

По окончании лечения симптомы ВСД сохранялись: при повторном анкетировании больных, несмотря на значительную динамику, средний балл остался выше контроля в 2,2 раза; при объективном обследовании показатель снизился незначительно, превышая контроль в 1,3 раза. Больные группы субкомпенсации до лечения также имели признаки ВСД как по результатам анкетирования, так и при объективном обследовании. Однако средний балл, выявленный объективно, от допустимой верхней границы нормы в 25 баллов отличался незначительно. По окончании лечения анкетирование больных группы субкомпенсации показало снижение среднего балла, который все же оставался вдвое выше контроля. При повторном объективном обследовании средний балл нормализовался.

Результаты оценки вегетативного тонуса у больных хроническим бруцеллезом представлены в таблице 2. Выявлено, что до лечения в обеих группах значения индекса Кердо были отрицательными, что свидетельствовало о преобладании парасимпатического тонуса в регуляции деятельности ССС. После лечения в группе декомпенсации диссонанс между отделами ВНС усилился: индекс Кердо понизился в 1,7 раза, относительный показатель МОК и коэффициент Хильдебранта Q – в 1,2 раза.

Таблица 1

Динамика признаков вегетососудистой дистонии у больных хроническим бруцеллезом на фоне лечения при исследовании по алгоритму А.М. Вейна (в баллах, $M \pm m$)

Критерий	Декомпенсация		Субкомпенсация		Здоровые лица
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	
Анкета	32,7±1,13	19,0±0,56 p<0,001	34,1±0,95	18,6±1,20 p<0,001	8,55±0,55
p1	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
Обследование	19,8±1,23	18,5±0,29 p>0,05	26,9±1,25	16,5±0,99 p<0,001	14,6±0,65
p1	<0,05	<0,01	<0,001	>0,05	

p – значимость различий до и после лечения, p1 – значимость различий с контролем

Таблица 2

Динамика показателей вегетативного тонуса у больных хроническим бруцеллезом при исследовании по алгоритму А.М. Вейна ($M \pm m$)

Критерий	Декомпенсация		Субкомпенсация		Здоровые лица
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	
Индекс Кердо, усл.ед.	-5,54±1,72	-9,64±1,20 p>0,05	-3,66±1,05	-8,55±0,55 p<0,01	-0,24±0,05
p1	<0,01	<0,05	<0,001	<0,001	
Минутный объем крови, мл	3048±53,3	2516±71,7 p<0,01	3200±56,7	3255±65,0 p>0,05	3273±96,6
p1	<0,05	<0,001	>0,05	>0,05	
Коэффициент Хильдебранта, усл.ед.	3,66±0,03	3,17±0,04 p<0,001	3,40±0,95	3,09±0,08 p<0,05	3,55±0,07
p1	>0,05	<0,01	>0,05	<0,01	

p – значимость различий до и после лечения, p1 – значимость различий с контролем

В группе субкомпенсации бруцеллеза была отмечена положительная динамика индекса Кердо, но нормализации показателя не было; динамика относительного показателя МОК была незначительной; коэффициент Хильдебранта понизился, становясь ниже контроля.

Результаты определения характера вегетативных реакций представлены в таблице 3. Как следует из таблицы, больные с декомпенсацией процесса до лечения имели более высокие, чем в контроле, показатели в пробе Даньини-Ашнера. После лечения показатель существенно не изменился. Оценка реак-

ции в синокаротидном рефлексе до начала лечения показала значительное снижение реактивности; при повторном исследовании показатель продолжал понижаться. В солярном рефлексе до лечения также было выявлено отклонение от нормальных показателей, после лечения динамика показателя была несущественна. В группе субкомпенсации выявлены аналогичные тенденции: до лечения пациенты имели отклонения от нормы по всем трем критериям. После лечения положительная динамика более выражена, чем при декомпенсации, но нормализации показателей не было.

Таблица 3

Динамика показателей вегетативной реактивности у больных хроническим бруцеллезом при исследовании по алгоритму А.М. Вейна ($M \pm m$)

Пробы	Декомпенсация		Субкомпенсация		Здоровые лица
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	
Проба Даньини-Ашнера, мин.	5,41±0,53	5,24±0,65 p>0,05	11,8±1,22	9,10±0,55 p<0,05	-3,95±0,16
p1	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
Синокаротидный рефлекс, мин.	-7,97±1,10	-9,50±1,09 p>0,05	-9,60±1,05	-6,45±0,55 p<0,05	4,90±0,01
p1	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
Солярный рефлекс, мин.	-8,40±1,12	-7,75±1,10 p>0,05	-10,2±0,90	-9,80±0,85 p>0,05	-2,75±0,09
p1	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	

p – значимость различий до и после лечения, p1 – значимость различий с контролем

Таким образом, результаты проб с воздействием на рефлексогенные зоны показали, что для больных хроническим бруцеллезом независимо от степени компенсации процесса характерно понижение вегетативной реактивности. Комплексное стандартное лечение способствует улучшению ряда показателей, но нормализации их не происходит.

По результатам анкетирования больных хроническим бруцеллезом был также проведен анализ частоты предъявляемых пациентами жалоб «вегетативного» характера; выявлено, что в обеих группах преобладали такие симптомы, как повышенная потливость, снижение работоспособности, быстрая утомляемость, парестезии в пальцах (таблица 4). Также беспокоили ощущение сердцебиения, «перебоев» в работе сердца,

«остановки» сердца (25,0% больных с декомпенсацией и 16,4% с субкомпенсацией), чувство нехватки воздуха (26,8% и 10,9% соответственно), нарушения сна (7,1% и 3,6% пациентов). Головные боли, склонность к покраснению / побледнению лица, онемение, похолодание пальцев, изменение их цвета встречались в группе декомпенсации чаще в среднем в 3-4 раза.

Сравнительно редко беспокоили больных функциональные нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта (14,3% пациентов с декомпенсацией и 5,5% с субкомпенсацией) и склонность к обморокам (8,9% больных с декомпенсацией).

Частота симптомов вегетососудистой дистонии при объективном обследовании больных хроническим бруцеллезом представлена в таблице 5.

Таблица 4

Частота симптомов вегетососудистой дистонии у больных хроническим бруцеллезом при анкетировании по алгоритму А.М. Вейна (в % от числа обследованных)

Жалобы	Декомпенсация		Субкомпенсация	
	Человек	%	Человек	%
Покраснение лица	9	16,1	3	5,5
Побледнение лица	3	5,4	-	-
Онемение пальцев кистей, стоп	16	28,6	7	12,7
Онемение целиком кистей, стоп	4	7,1	1	1,8
Изменение цвета пальцев кистей, стоп	5	8,9	1	1,8
Изменение цвета целиком кистей, стоп	1	1,8	-	-
Сердцебиение, «перебои» в работе сердца	14	25,0	9	16,4
Потливость	35	62,5	22	40,0
Нарушения дыхания	15	26,8	6	10,9
Дисфункция ЖКТ (запоры, поносы) в отсутствие органической патологии	8	14,3	3	5,5
Склонность к обморокам	5	8,9	-	-
Головные боли	14	25,0	3	5,5
Снижение работоспособности, быстрая утомляемость	22	39,30	13	23,6
Нарушения сна	4	7,1	2	3,6

Таблица 5

Частота объективных симптомов вегетососудистой дистонии при хроническом бруцеллезе по алгоритму А.М. Вейна (в % от числа обследованных)

Симптомы	Декомпенсация		Субкомпенсация	
	Человек	%	Человек	%
Изменение цвета кожи	5	8,9	3	5,5
Изменение цвета кистей, стоп	5	8,9	3	5,5
Стойкий дермографизм	14	25,0	4	7,3
Потливость	35	32,5	19	34,5
Колебания температуры	14	25,0	7	12,7
Метеозависимость	22	39,3	19	34,5
Непереносимость жары, духоты	31	55,4	30	54,5
Перепады АД	3	5,4	-	-
Лабильность пульса	15	26,8	1	1,8
Нарушения дыхания	25	44,6	6	10,9
Повышенная нервно-мышечная возбудимость	6	10,7	-	-
Мигрени, обмороки	14	25,0	7	12,7
Смены настроения, страхи, раздражительность	1	1,8	2	3,6
Дисфункция ЖКТ в отсутствие органической патологии	9	16,1	3	5,5

Наиболее частыми симптомами были гипергидроз (63,6% больных с декомпенсацией, 34,5% с субкомпенсацией), плохая переносимость жаркой погоды (56,4% и 54,5%), метеозависимость (40,0% и 34,5% соответственно). Нарушения дыхания, мигрени, склонность к обморокам, изменение цвета кожи по типу «сосудистого ожерелья», бледность, «марморность» стоп выявлялись при декомпенсации в среднем вдвое чаще, чем при субкомпенсации. Нарушения терморегуляции и сердечно-сосудистой регуляции, проявляющиеся стойким дермографизмом, похолоданием / ощущением жара в ступнях, кистях, лабильностью пульса чаще выявлялись у пациентов группы декомпенсации. Диспепсические явления (метеоризм, запоры) наблюдались втрое чаще при декомпенсации бруцеллеза. Лабильность артериального давления и повышение нервно-мышечной возбудимости (клинически ощущаемое больными как кардиопедальные судороги) отмечены только пациентами группы декомпенсации.

Выводы

1. Оценка вегетативного статуса у больных хроническим бруцеллезом до лечения показала, что в регуляции деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем преобладает парасимпатическая система. После стандартного лечения у пациентов с декомпенсацией процесса диссонанс между отделами ВНС усиливается; при субкомпенсации бруцеллеза на фоне лечения отмечается тенденция к восстановлению равновесия регуляции (эйтонии), но полной нормализации показателей не происходит.

2. Для больных хроническим бруцеллезом независимо от степени компенсации процесса характерно понижение вегетативной реактивности. Комплексное стандартное лечение способствует улучшению ряда показателей, но нормализации их не происходит.

3. В клинике вегетососудистой дистонии при хроническом бруцеллезе преобладали такие симптомы, как повышенная потливость, снижение работоспособности, быстрая утомляемость, парестезии в пальцах. Наиболее частыми объективными симптомами были гипергидроз, плохая переносимость жаркой погоды, метеозависимость. Более грубые нарушения (лабильность пульса и артериального давления, повышение нервно-мышечной возбудимости, диспепсия) отмечены при декомпенсации бруцеллеза.

Список литературы

1. Corbel M.J. Brucellosis in Humans and animals / M.J. Corbel. – WHO/CDS/EPR. – 2006. – № 7. – P. 36-41.
2. Муковозова Л.А., Нуралинова Г.И., Кулжанова Ш.А., Туспепова К.Н. и др. Клиника хронического бруцеллеза в современных условиях // Наука и здравоохранение. – 2005. – № 2. – С. 62-63.
3. Курманова К.Б. Бруцеллез. Клинические аспекты: монография / К.Б. Курманова, А.К. Дуйсенова. – Алматы: «Kitan», 2002. – 252 с.
4. Karesh W.B. Ecology of zoonoses: natural and unnatural histories / W.B. Karesh, A. Dobson, J.O. Lloyd-Smith [et al.] // The Lancet. – 2012. – V. 380. Issue 9857. – P. 1936-1945. – Режим доступа: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/issue/vol380on957> – Дата обращения 16.11.2014.
5. Koussa S., Tohme A., Ghayad E., Nasnas R., El Kallab K., Chemaly R. Neurobrucellosis: clinical features and therapeutic responses in 15 patients // Rev. Neurol. (Paris). – 2003. – Dec. – Vol. 159 (12). – P. 1148-1155.
6. Юшук Н.Д., Ахмедова М.Д., Магомедова С.А., Васюк Ю.А. Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у больных различными формами бруцеллеза // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2008. – № 2. – С. 48-51.
7. Шульдяков А.А., Линькова Ю.Н., Коршунова Г.А., Ляпина Е.П., Решетников А.А. Хронический бруцеллез: функциональные особенности периферической сосудистой и нервной систем // Эпидемиология. Диагностика, клиника и профилактика инфекционных заболеваний. – 2007. – № 3 (8). – С. 139-143.
8. Жетписбаева Х.С. Оценка состояния гуморального иммунитета и энергетического обмена при действии острого стресса // Валеология. – 2008. – № 2 (10). – С. 89-92.
9. Вейн А.М. Патологические вегетативные синдромы (клинико-физиологическая характеристика) / А.М. Вейн, А.Д. Соловьева // Физиология вегетативной нервной системы: пособие для врачей. – Л.: «Наука», 1981. – С. 668-710.

10. Вейн А.М. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика: пособие для врачей. – М.: «Медицинское информационное агентство», 1998. – С. 54-55.

БОЛЕЗНЬ БЕХЧЕТА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Козлова Э.Ю.

ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Оренбург, Россия,
e-mail: iliska.tru@mail.ru

Болезнь Бехчета – редкое мультисистемное генетически детерминированное воспалительное заболевание из группы системных васкулитов, протекающих с поражением артерий и вен мелкого и среднего калибра [1, 2]. Болезнь впервые была описана в 1937 году турецким дерматологом Хулуси Бехчетом. Этиология заболевания неизвестна. Доказана ассоциация с антигенами HLA B51 [3] и DRw52 [2], в последнее время спектр генетических маркеров болезни Бехчета расширился. Показатели заболеваемости варьируют в зависимости от географического региона, так высокая распространенность болезни Бехчета регистрируется в странах Ближнего и Дальнего Востока, в Средиземноморье и регионах, относящихся к Великому шёлковому пути [4, 5]. Как правило, манифестация заболевания приходится на возраст 30 – 40 лет, крайне редко болезнь Бехчета возникает в детстве [6].

Международные критерии болезни Бехчета, предложенные в 2014 г. включают семь критериев, имеющих определённую балльную оценку. Таким критериям как афтозный стоматит, афтозное поражение гениталий и патология органа зрения присваивается по 2 балла, остальным признакам, включающим поражение кожи, вовлечение центральной нервной системы и сосудов, положительный тест патергии присваивается 1 балл за каждый признак. Диагностически значимым является сумма из 4-х и более баллов [7].

Для лечения болезни Бехчета применяют кортикостероиды, иммунодепрессанты, факторы-ингибиторы некроза опухолей и симпоматическое лечение.

Приводим наше наблюдение.

Пациентка В., 10 лет обратилась с жалобами на болезненные высыпания на слизистой оболочке полости рта, затрудняющие приём пищи и воды.

Заболела два года назад, когда на слизистой полости рта стали появляться глубокие длительно существующие язвочки, сопровождающиеся резкой болезненностью. Неоднократно обращалась к педиатру, дерматологу по месту жительства. Выставились диагнозы афтозный стоматит, кандидоз слизистой оболочки полости рта. Назначаемое лечение к улучшению не приводило. Дерматологом по месту жительства девочка была направлена в клинику Оренбургского государственного медицинского университета для установления диагноза.

При осмотре общее состояние девочки удовлетворительное. Кожный патологический процесс локализован на слизистой оболочке полости рта, где имеются 7 язвенных дефектов, диаметром от 0,3 до 0,6 см, дно которых покрыто сероватым налётом. Кожный покров и слизистая оболочка генитальной области свободны от высыпаний.

Выставлен предположительный диагноз болезнь Бехчета (рис 1).

Для подтверждения диагноза выполнен тест на патергию. После обработки кожи внутренней поверхности левого предплечья ватным тампоном, смоченным 70°C спиртом был выполнен укол стерильной иглой на глубину 5 мм. Оценка результата теста про-

ведена через 48 часов. На месте укола имелась папула 1,5 мм, окружённая эритематозным венчиком (рис. 2).



Рис. 1. Язвы на слизистой оболочке полости рта



Рис. 2. Положительный тест на патергию (папула на внутренней поверхности правого предплечья)

Пациентка была осмотрена ревматологом, который также предположил болезнь Бехчета. Окулистом выставлен диагноз подострый иридоциклит и деструкция стекловидного тела левого глаза. Осмотр невролога патологических симптомов не выявил. Основываясь на современных диагностических критериях, общая сумма баллов у пациентки при оценке всех признаков составила 5 баллов, на основании чего был выставлен окончательный диагноз болезни

Бехчета. Для дальнейшего обследования и лечения девочка была госпитализирована в детское ревматологическое отделение.

Описанный клинический случай представляет интерес как редко встречающаяся нозологическая форма с манифестацией в детском возрасте.

Список литературы

1. Sakane T., Takeno M., Suzuki N., Inaba G.. Behçet's disease. N Engl J Med. 1999; 341(17):1284–1291.
2. Окорочков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов: Т. 2. Диагностика ревматических и системных заболеваний соединительной ткани. Диагностика эндокринных заболеваний: – М.: Мед. лит., 2000. – 576 с.
3. Ohno S, et al. Close association of HLA-Bw51 with Behçet's disease. Arch Ophthalmol. 1982; 100(9):1455–1458.
4. Calamia K.T., Wilson F.C., Icen M., Crowson C.S., Gabriel S.E., Kremers H.M. Epidemiology and clinical characteristics of Behçet's disease in the US: a population-based study. Arthritis Rheum. 2009; 61: 600–604.
5. Menthon M., Lavalley M.P., Maldini C., Guillevin L., Mahr A. HLA-B51/B5 and the risk of Behçet's disease: a systematic review and meta-analysis of case-control genetic association studies. Arthritis Rheum. 2009; 61:1287–1296.
6. Koné-Paut I. Behçet's disease: pediatric features [in French]. Ann Med Interne (Paris). 1999; 150:571–575.
7. The International Criteria for Behçet's Disease (ICBD): a collaborative study of 27 countries on the sensitivity and specificity of the new criteria. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2014 Mar; 28 (3):338–47.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ НЕОНАТАЛЬНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО СКРИНИНГА

Коноплева В.А.

*ГБОУ ВПО «Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера»
Минздрава России, Пермь, Россия,
e-mail: konopleva.perm@gmail.com*

Аномалии мочевой системы составляют около 40% всех врожденных пороков развития; их роль в жизни и здоровье человека различна. Часть из них является причиной смерти в раннем детском возрасте, другие не вызывают сколько-нибудь заметных нарушений функции мочевой системы и ранее обнаруживались случайно, а в настоящее время с помощью ультразвукового скрининга. Большинство аномалий отличается медленным прогрессированием и клинически может проявиться лишь в пожилом возрасте, тем не менее некоторые даже незначительные аномалии могут быть предрасполагающими факторами возникновения почечнокаменной болезни, хронического пиелонефрита, артериальной гипертензии. В последние годы значительно увеличилось число детей, у которых даже на фоне относительно лёгких пороков развития мочевой системы, возникают нарушения уродинамики, присоединяется инфекция мочевых путей, развивается пиелонефрит, что с возрастом может привести к прогрессирующей потере функционирующей почечной паренхимы, развитию хронической почечной недостаточности.

Тяжелые пороки мочевой системы встречаются значительно реже и составляют 2-5% всех выявляемых пороков, они нуждаются в ранней оперативной коррекции, а в некоторых случаях дети вынуждены получать гемодиализ с последующей трансплантацией почки.

Ранняя диагностика и своевременное лечение имеют важное значение для прогноза врожденных пороков, поэтому все дети с выявленными аномалиями развития нуждаются в диспансерном наблюдении.

Целью работы явилось исследование частоты и структуры аномалий развития мочевой системы у детей по данным ультразвукового неонатального скрининга.

Проанализированы результаты неонатального ультразвукового скрининга детей первых месяцев жизни, проведённого в 2011-2013 годах в поликлиническом отделении городской детской клинической больницы № 9 имени П.И. Пичугина города Перми.

За три года ультразвуковое обследование мочевой системы проведено 2500 детям. Аномалии развития выявлены у 250, что составило 10%. По годам: в 2011 году обследовано 750 детей, аномалии развития выявлены у 86 детей (11,47%), в 2012 году обследовано 867 детей, аномалии выявлены у 80 (9,28%), в 2013 году обследовано 883 ребёнка, аномалии – у 84 (9,51%). Скринингом охвачено 98,7% новорожденных детей, до обследования все дети считались нефрологически здоровыми, жалоб родители не предъявляли.

Выявлены достоверные гендерные различия в частоте встречаемости аномалий, которые обнаружены у 161 мальчика (64,4%) и у 84 девочек (33,6%) девочек, это свидетельствует о том, что аномалии развития мочевой системы у мальчиков встречаются почти в два раза чаще, чем у девочек.

Анализ структуры выявленных отклонений показал, что чаще всего выявлялись малые пороки развития – увеличение размеров чашечно-лоханочной системы. Пиелоектазии обнаружены у 179 (71,6%) детей, из них преобладали односторонние (60,4%). Каликоэктазии выявлены у 20 детей (8,0%), из них 6,8% – односторонние, каликопиелоектазии – у 22 детей (8,8%), преобладали односторонние. Каликопиелоектазия одной почки и пиелоектазия другой обнаружены у 4 детей (1,6%). Увеличение размеров почек выявлено у 8 детей (3,2%), удвоение почки – у 6 (2,4%), у 3 детей (1,2%) обнаружена тазовая дистопия почки.

Грубые пороки развития выявлены у 8 (3,2%) детей: у 4 детей (1,6%) диагностирован односторонний гидронефроз, у одного (0,4%) – уретерогидронефроз. По одному ребёнку имели одностороннюю агенезию, гипоплазию и образование в почке.

Все дети с выявленными аномалиями развития взяты на диспансерное наблюдение нефрологом, по показаниям проведена хирургическая коррекция.

Выводы

1. Ежегодно неонатальный скрининг выявляет аномалии развития мочевой системы в среднем у 10% обследованных детей.

2. Пороки в 2 раза чаще выявляются у мальчиков.

3. В структуре преобладают аномалии, характеризующиеся увеличением чашечно-лоханочной системы, грубые пороки развития выявлены у 3,2 % обследованных детей.

АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ГОРОДА ТУРКЕСТАН НА 2014 ГОД

Куандыкова А.К., Мамраимова Д.Н.,
Саруаров Е., Сауранбаев Е.

*Международный Казахско-Турецкий университет
им. Х.А.Ясави, Туркестан, Казахстан,
e-mail: kvet_2013@mail.ru*

В данной статье рассматривается анализ хирургической заболеваемости в Туркестанском регионе. На сегодняшний день из за оказываемой прогрессивной хирургической деятельности, внедрение инновационных технологий в повседневную практику и увеличение количества проводимых различных операций, ставит системе здравоохранения следующие требования: минимальная интраоперационная травма и выздоровление пациента за короткий промежуток времени.

Анализ хирургической заболеваемости в РФ свидетельствует о ее росте в целом на 11,3% и по отдельным классам и нозологическим формам. Первое место 35,3% занимает травмы и отравления (прирост – 11%), также отмечается увеличение заболеваний органов брюшной полости 38,8%. Остаются стабильными показатели острой гнойной инфекции 23,3% [1].

В данной таблице приведены показатели оперативных вмешательств в областях, за последние 4 года по Республике Казахстан.

В диаграмме приведены показатели уровня госпитальной смертности по областям Республики Казахстан (рис. 1).

Таблица 1

Показатели оперативных вмешательств в областях, за последние 4 года по Республике Казахстан

Область	2010	2011	2012	2013
Респ. Казахстан	3782,9	3935,4	3930,1	3926,3
Акмолинская	4537,3	4114,7	3877,5	3470,8
Актюбинская	1869,2	3132,8	2988,6	2816,6
Алматинская	2341,3	2543,3	2454,0	2570,3
Атырауская	2646,8	2764,5	2764,9	2522,0
В-Казахстанская	4021,1	4087,8	4022,2	3774,0
Жамбылская	3349,3	3428,6	3000,8	3316,8
Жезказганская	0,0	0,0	0,0	0,0
З-Казахстанская	3382,8	3675,6	3430,7	3323,8
Карагандинская	4062,8	3949,0	3977,3	4031,3
Кзыл-Ординская	2850,3	2993,3	3517,2	4097,9
Кокшетауская	0,0	0,0	0,0	0,0
Костанайская	4257,8	4197,3	4157,1	4206,7
Мангистауская	3094,2	3276,3	3534,5	2872,2
Павлодарская	4983,1	5214,1	4919,8	5180,5
С-Казахстанская	5101,2	4863,9	4691,3	4539,3
Семипалатинская	0,0	0,0	0,0	0,0
Талдыкорганская	0,0	0,0	0,0	0,0
Торгайская	0,0	0,0	0,0	0,0
Ю-Казахстанская	2830,5	2972,3	3062,8	3146,8
г. Алматы	5729,5	5747,3	5894,9	5581,1
г. Астана	7903,6	8671,8	9098,0	9400,3

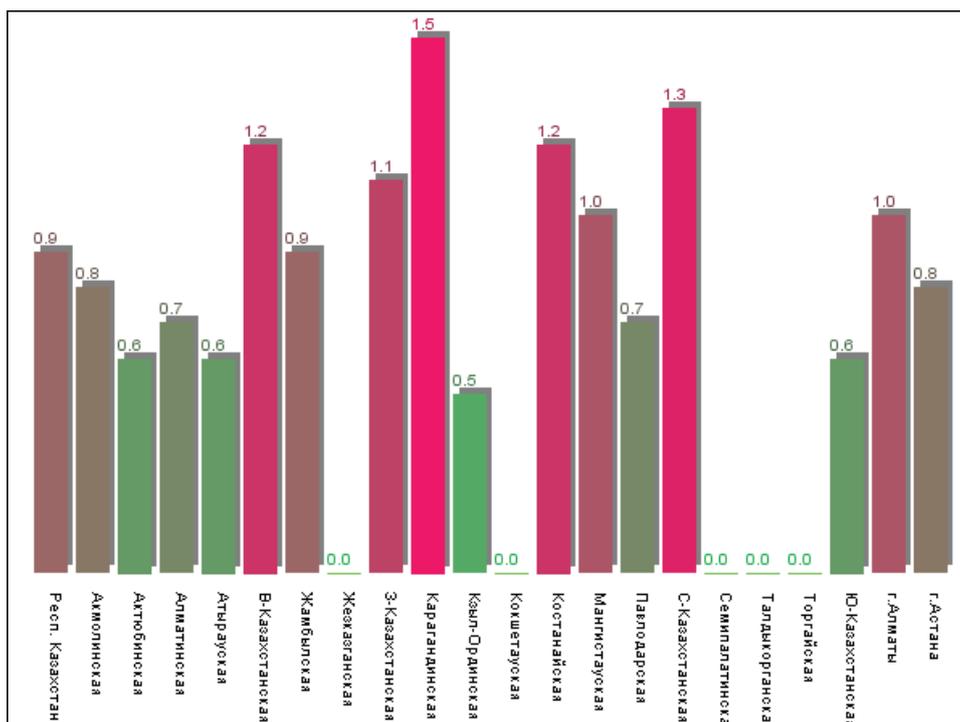


Рис. 1. Показатели уровня госпитальной смертности по областям Республики Казахстан

Целью исследования было проведение ретроспективного анализа хирургической заболеваемости и качества оказываемой хирургической помощи населению г. Туркестан.

Результаты исследования
В городской поликлинике г. Туркестан у хирурга на диспансерном учете состоят 216 человек по данным годового отчета за 2014 г. (рис. 2).

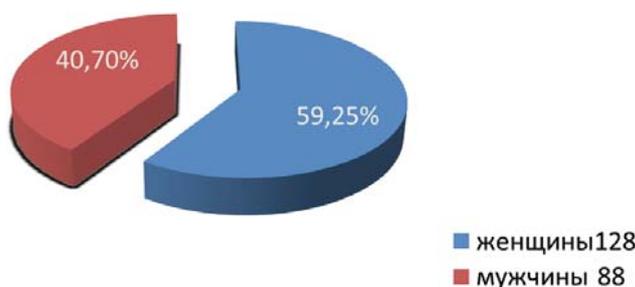


Рис. 2. Количество человек на диспансерном учете у хирурга, г. Туркестан, 2014 г.

Таблица 2

Показатели пациентов состоящих на диспансерном учете в Туркестанской городской поликлинике с хирургическими патологиями

Название болезней	Количество	Проценты
Эхинококкоз	62	29,8%
Варикозное заболевание	49	23,56%
Геморрой	25	12%
Хронический тромбоз	20	9,6%
Язвенная болезнь желудка и послеоперационные состояния	17	8,17%
Спаячная болезнь в брюшной полости	12	5,77%
Состояние после холецистэктомии	11	5,29%
Остеомиелит	7	3,37%
Атеросклеротическая облитерация сосудов нижних конечностей, эндоартерииты	5	2,4%

Таблица 3

Процентные показатели проведенных хирургических операций в стационарах г. Туркестан за 2014 г.

Оперативные вмешательства	Количество 354	Проценты
Дыхательная система	3	0,85%
Брюшная полость	306	86%
Прямая кишка	3	0,85%
На мышцах различной локализаций	3	0,85%
Кожа	39	11%

Таблица 4

Экстренно оказанная хирургическая помощь Клиники «Талгат» г.Туркестан за 2014г.

Оперативные вмешательства	Количество	Проценты
Острый аппендицит	203/9	9,7%
Прободная язва желудка	4/1	1,7%
Ущемленная грыжа	18/1	7,6%
Острый холецистит	11/1	4,7%

Вывод

Анализируя отчеты за 2014 г. Туркестанской городской поликлиники у хирурга поликлинической службы на диспансерном учете больше больных с такими заболеваниями как эхинококкоз – 29,8%, варикозное расширение вен – 23,56% и геморрой – 12%. Необходимо повысить качество дооперационной подготовки, умение выставить адекватный диагноз и повышение качества навыков и умения оказываемой срочной хирургической помощи (на основе высокого уровня и квалификации оказания скорой медицинской помощи).

Список литературы

1. Кадриев А.Г., Гильманов Р.В., Киргизов И.В. Анализ хирургической заболеваемости детского населения на примере по городской поликлиники // Практическая медицина. – 2010. – № 46. – С. 65-66.
2. Медицинский информационно-статистический портал: www.medinfo.kz

АНАЛИЗ РОЖДАЕМОСТИ В Г. ТУРКЕСТАН, В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ И В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН. РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ

Куандыкова А.К., Ерназарова Ш.С.,
Ибрагимова Д.К., Амантай М.А.

Международный Казахско-Турецкий университет
им. Х.А.Ясави, Туркестан, Казахстан,
e-mail: kvet_2013@mail.ru

Актуальность

Рождаемость является одним из основных демографических показателей. Воспроизводство населения в целом, в условиях мирной жизни и относительно стабильной социально-экономической атмосферы в нашей стране определяется уровнем и динамикой рождаемости.

По данным регистрационной системы Республики Казахстан (РК) показатели рождаемости за период с 2010 по 2013гг имеют тенденцию к росту (табл. 1).

Таблица 1

Показатели рождаемости РК на период 2010-2013 гг.

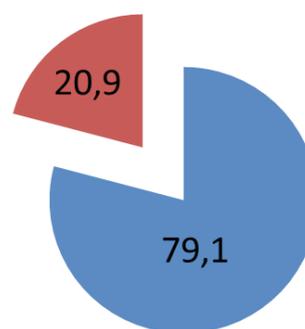
Периоды	2010г	2011г	2012г	2013г
Рождаемость (абсолютное число родившихся)	367752	372544	381005	387227

Самый высокий показатель рождаемости по регионам приходится на Южно-Казахстанскую область (табл. 2., рис. 1), доля которой составляет 20,9% (рис. 2).

Таблица 2

Показатели рождаемости
в Южно-Казахстанской области (ЮКО) РК
на период 2010-2013 гг.

Периоды	2010г	2011г	2012г	2013г
Рождаемость (абсолютное число родившихся)	76792	79392	80107	80074



■ Остальные регионы ■ ЮКО

Рис. 2. Доля рождаемости ЮКО

Таблица 3

Показатели рождаемости г. Туркестан
на период 2013-2014гг

Периоды	2013г	2014г
Рождаемость (абсолютное число родившихся)	6355	6571

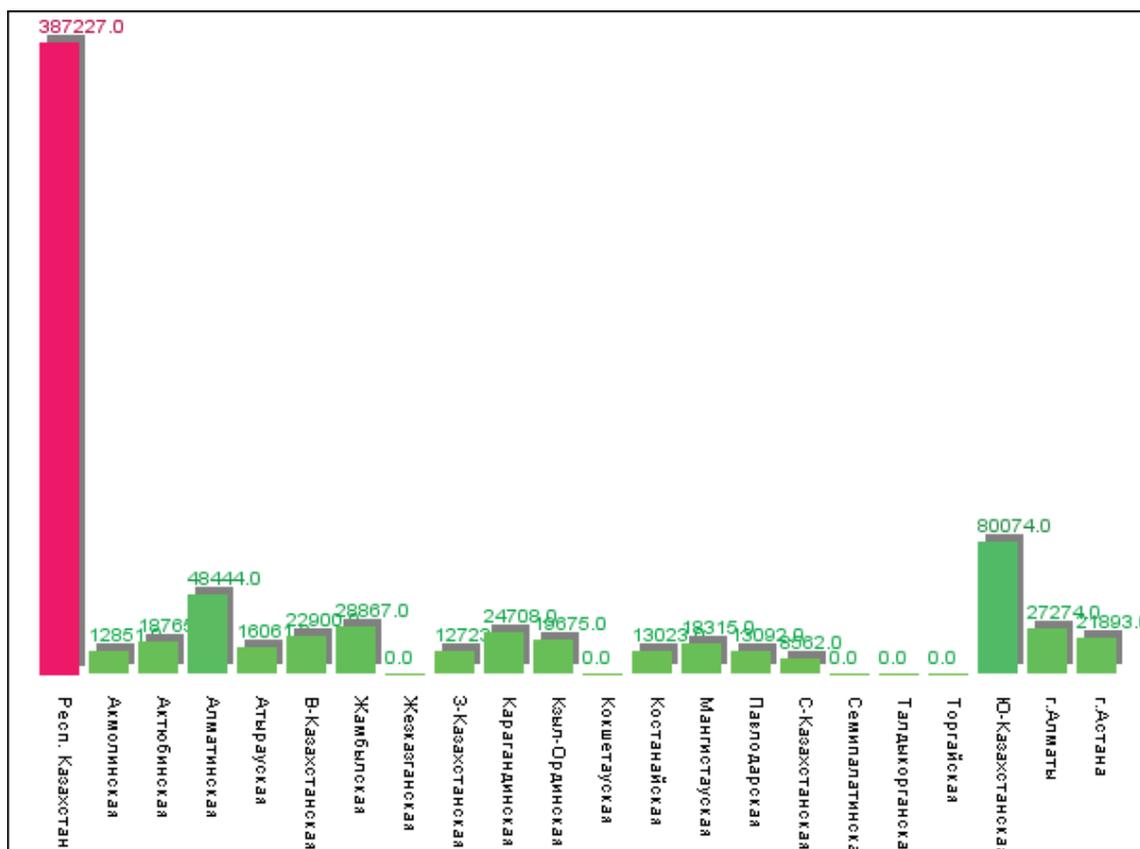


Рис. 1. Показатель рождаемости по регионам

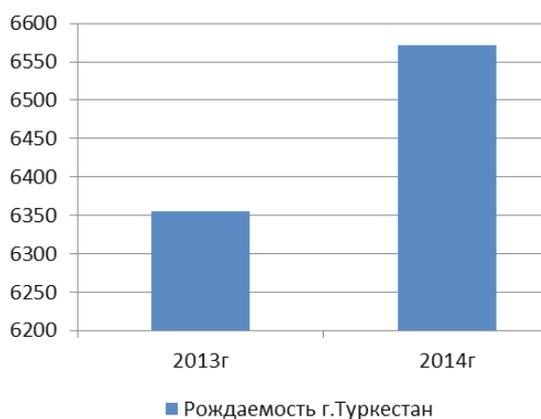


Рис. 3. Рождаемость г. Туркестан

Выводы

После проведенных ретроспективных исследований пришли к следующим заключениям:

1. Общий показатель рождаемости Республики Казахстан на период 2010-2013 гг. повысился на 5,03%;
2. Показатель рождаемости по Южному региону РК на период 2010-2013 гг. повысился на 4,1%;
3. В г. Туркестан в 2014 г. показатель рождаемости повысился на 3,3% по сравнению с 2013 г.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У ДЕТЕЙ ТУРКЕСТАНСКОГО РЕГИОНА ПО ВОЗРАСТАМ

Куандыкова А.К., Ибрагимова Д.К.,
Амантай М.А., Ерназарова Ш.С.

Международный Казахско-Турецкий университет
им. Х.А.Ясави, Туркестан, Казахстан,
e-mail: kvet_2013@mail.ru

Актуальность

Охрана здоровья подрастающего поколения – важнейшая стратегическая задача государства, т.к. фундамент здоровья взрослого населения страны закладывается в детском возрасте. Все перспективы социального и экономического развития государства, высокого уровня жизни населения, уровень развития науки и культуры являются итогом достигнутого здоровья детьми сегодня.

Общие данные

Заболеваемость детей до 1 года обуславливается течением беременности и родов у матерей, продолжительностью грудного вскармливания, иммунопрофилактикой уходом за ребенком. В структуре заболеваемости детей от 0 до 5 лет ведущими являются ОРВИ, травмы и отравления, заболевания почек и органов пищеварения.

Приблизительно 56% от всего количества заболеваний детей (0-14 лет) приходится на болезни органов дыхания, далее идут дети страдающие заболеваниями органов пищеварения, крови, кроветворных органов и детей с отдельными нарушениями с вовлечением иммунного механизма.

В Казахстане удельный вес болезней органов дыхания в структуре заболеваемости детей 0-14 лет составляет 48,4%. Смертность детей до 5 лет в основном связана с респираторными (ОРВИ, пневмония) и кишечными инфекциями. По данным Научно-практического центра санитарно-эпидемиологической экспертизы и мониторинга, ежегодно по республике ре-

гистрируется около 1,2 млн. случаев заболевания гриппом и ОРВИ, доля гриппа – незначительная. Основной процент (70%) составляют дети до 14 лет.

По регистрационным данным, количество новых случаев инфекционных и паразитарных заболеваний зарегистрированных в амбулаторных учреждениях (0-14 лет) по РК составляют:

	2010г	2011г	2012г	2013г
РК	119624	120507	122393	120566
ЮКО	14445	15698	17054	17139

Данные заболеваемости бронхиальной астмой у детей (0-14 лет) на 100 тыс детей

	2010г	2011г	2012г	2013г
РК	57,2	64,8	63,9	75,2
ЮКО	24,0	33,0	37,6	39,6

Данные заболеваемости туберкулезом у детей (0-14 лет) на 100 тыс детей

	2010г	2011г	2012г	2013г
РК	95,3	86,6	81,7	73,4
ЮКО	74,3	67,1	63,3	59,6

Материалы и методы

Данные по г. Туркестан. Детское население Туркестанского региона обслуживается амбулаторно-поликлиническим и стационарными звеньями медицинской помощи.

В структуре ДГБ имеется 4 отделения на 115 коек и 5 коек дневного стационара детям до 15 лет: Приемное отделение, Реанимация и интенсивная терапия на 6 коек, №1 отделение (младенчество) 40 коек, №2 отделение (школьного возраста) 40 коек, №3 отделе-

ние (дошкольного возраста) 35 коек и дополнительные отделения.

Проработав стационарные выписные истории болезни, годовые отчетные данные, статистические данные получены результаты, из которых видны данные о значимости показателя заболеваемости детей до первого года жизни, на их долю выход около половины всей госпитализации детей до 14 лет. Учитывая такие данные, можно сделать акцент на профилактики заболеваемости детей до 1 года.

Показатели пациентов по возрастам

№п/п	Название показателей	2013 12 мес	Доля от общего количества, %	2014 12 мес	Доля от общего количества, %
1	Всего	3343	100%	3131	100%
2	До 1 г	1641	49,1%	1437	45,9%
2,1	0-28 дней	49	1,4%	47	1,5%
2,2	до 2 месяцев	281	8,4%	256	8,2%
3	От 1 года до 2х лет	530	15,8%	504	16,1%
4	С 2х до 5 лет	765	22,9%	802	25,6%
5	С 5 до 14 лет	407	12,2%	388	12,4%

Анализ пролеченный больных по возрастам

№	Название показателей	2013		2014	
		Количество пролеченных	Доля от общего количества, %	Количество пролеченных	Доля от общего количества, %
1	Всего	3343	100%	3131	100%
2	Дети до 2х лет	2171	64,9%	1941	62,0%
3	Дети до 5 лет	2936	87,8%	2609	83,3%
4	Дети от 5 до 14 лет	407	12,2%	522	16,7%

Поступившие в реанимационное отделение

	2013 ж	2014 ж
Всего	364	243
До 1г	220	142
До 2 лет	49	
До 3 лет	18	
До 4 лет	22	
До 5 лет	12	
5-14 лет	40	
Среднее количество дней лечения в отделении	2,6	
Количество детей требующих консультации специалистов ОДБ	29	
Смертность в течении суток	13	9
Смертность в течении суток детей до 1 года	6	5
Количество использовавших аппарат ИВЛ	23	
Количество использовавших Небулайзер	150	
Инфузомат ФМС	135	

Выполнение плана системы Единого Национального Здравоохранения в ДГБ за 2014г

	План	Количество пролеченных больных	Выполнение плана	Койко-дней	Экстренные			Плановые
					Самообращение	СМП	Направление	
Общее количество	3911	3164	80,9 %	27,5	492	816	2341	23

Анализ больных по показаниям госпитализации

Наименование показателей	2013 г		2014 г	
	Общее к-во	%	Общее к-во	%
Плановая госпитализация	885	26,3	823	26,0
Экстренная госпитализация	2486	73,7	2341	74,0
Госпитализация по направлениям	1124	33,3	1033	44,1
Госпитализация СМП	848	25,2	816	34,9
Самообращение	514	15,2	492	21,0

Выводы

По результатам данного исследования можно сделать несколько заключений.

По приведенным данным вышеуказанной таблицы можно увидеть, что госпитализация в экстренном порядке составляет 2/3 от общего числа. Такие данные могут указывать о несвоевременном обращении населения за медицинской помощью. Так же мы видим положительную динамику в госпитализации по направлениям, что может указывать о профилактических мероприятиях, о своевременном обращении медицинской помощи.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ НОВОРОЖДЕННОГО И ЧАСТОТЫ РОДОВ ТУРКЕСТАНСКОГО РЕГИОНА РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Куандыкова А.К., Былантиева И.К., Раманова С.Т., Турманбаева А.А., Гайраткызы Д.Г.

Международный Казахско-Турецкий Университет им. Х.А. Ясави, Туркестан, Казахстан, e-mail: kvet_2013@mail.ru

Актуальность

Здоровье является важной медицинской и социальной категорией, которая связана с развитием человеческих ресурсов в государстве [1]. В число основ-

ных составляющих здоровья входит и репродуктивное здоровье. Здоровье лиц фертильного возраста, способность их к воспроизводству, безопасное материнство – важные аспекты здоровья населения [2]. Численность населения тесным образом зависит от уровня репродуктивного здоровья. Численность населения на 1 января 2010 года составила 16441959, в том числе мужчин – 7925957 (48,2%), женщин – 8516002 (51,8%), из них женщины фертильного возраста составили около 50% [3]. За последние годы в регионах, за исключением некоторых областей (Северо-Казахстанской, Западно-Казахстанской), отмечался рост численности населения. Индекс здоровья женщин фертильного возраста в Казахстане в 2010 году достиг всего 30,6%. Показатели рождаемости и смертности – важные параметры, влияющие на репродуктивное здоровье населения. За последние годы в Казахстане отмечается повышение уровня рождаемости до 22,53 на 1000 женщин (2014) [4].

Охрана здоровья матерей и детей является одной из самых важных и наиболее сложных задач, стоящих перед национальной системой здравоохранения. Глава государства Н.А. Назарбаев определил здоровье матери и ребенка главным приоритетом для настоящего и будущего развития нашей страны. Частота рождаемости и смертность новорожденного является одним из основных демографических показателей. Защита репродуктивного здоровья женщины, и сни-

жение младенческого и материнского смертности на сегодняшний день является актуальным, со стороны медико-социальным вопросом в всего мира. Каждую минуту в мире умирает 20 детей в возрасте до 5 лет. Это означает, что около 30 000 детей умирает каждый день, а больше 10 миллионов – каждый год из них 4 миллиона смертей новорожденных 2/3 неонатальных смертей случаются в первую неделю жизни, а 2/3 из них случаются в первые 24 часа жизни [6].

Методы и исследования

Проанализировав истории родов, полугодовые и годовые отчеты, статистические данные регистрационной системы РК, были получены ряд данных о рождаемости, младенческой и материнской смертности. Ниже приводятся диаграммы и таблицы полученных нами данных.

По данным регистрационной системы РК показатели рождаемости за период с 2012 по 2014 гг. имеют тенденцию к росту.

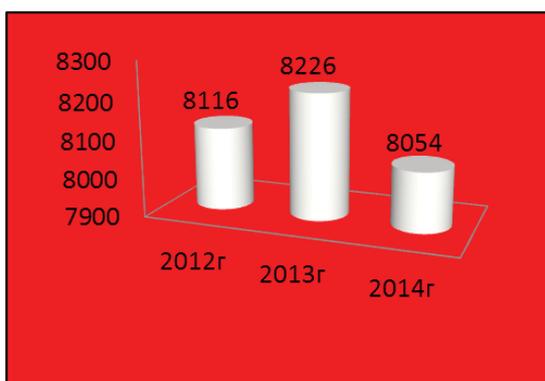


Рис. 1. Показатели рождаемости в ОПЦ №3 города Туркестана РК за период 2012-2014 гг.

Известно, что имеются различные пути родовспоможения, одна из которых является кесарево сечение. Так как кесарево сечение является оперативным путем, имеет место риска. Так же данный путь является показателем при различных патологических состояниях, как матери так и ребенка.

Таблица 1

Показатели родов путем кесарево сечения в ОПЦ №3 г. Туркестан период 2012-2014 гг.

Показатели	2012г.	2013г.	2014г.
ОПЦ №3	1324-14,3%	1361-16,4%	1344-16,6%

В структуре охраны здоровья материнства и детей имеет место показатели материнской смертности и перинатальной смертности детей. Просмотрев данные о материнской смертности за 2012-2014гг обнаружили, что зарегистрированных смертей не было. Такие данные могут говорить о положительных результатах работы таких звеньев амбулаторно-поликлинической сети, как женская консультация.

Таблица 2

Показатели материнской смертности в ОПЦ №3 г. Туркестан на период 2012-2014 гг.

Показатели	2012г.	2013г.	2014г.
ОПЦ №3	-	-	-

За период 2012-2014 гг. не наблюдаются случаи материнской смертности.

Причины материнской смертности

• Тяжелое кровотечение	25%
• Инфекция	15%
• Эклампсия	12%
• Небезопасный аборт	13%
• Затяжные (обструкционные) роды	8%
• Другие непосредственные причины	8%
• Косвенные причины	20%

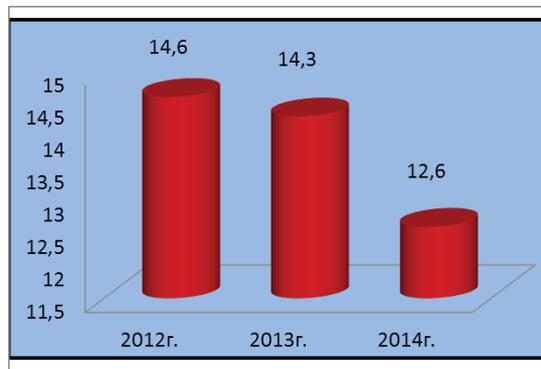


Рис. 2. Показатели перинатальной смертности Южного региона РК города Туркестан в ОПЦ №3 за период 2012-2014 гг.

Таблица 3

Показатели мертворождаемости детей в ОПЦ №3 г. Туркестан за период 2012-2014гг

Показатели	2012г.	2013г.	2014г.
ОПЦ №3	70	79	64

Таблица 4

Показатель смерти за первые 0-27 суток г. Туркестан за период 2012-2014 гг. в ОПЦ №3

Показатели	2012г.	2013г.	2014г.
ОПЦ №3	35	41	31

Таблица 5

Показатели недоношенных детей г. Туркестана за период 2012-2014 гг. в ОПЦ №3

Показатели	2012г.	2013г.	2014г.
ОПЦ №3	35	41	31

В целях улучшения здоровья матери и ребенка в области продолжается внедрение программ, рекомендованных Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). Среди них – поддержка и стимулирование грудного вскармливания, безопасное материнство, регионализация перинатальной помощи, интегрированное ведение болезней детского возраста.

Выводы

После проведенных ретроспективных исследований пришли к следующим заключениям:

1. Общий показатель рождаемости Республики Казахстан на период 2012-2014 гг. повысился на 5,03%;
2. Показатель рождаемости по Южному региону ОПЦ №3 на период 2013-2014 гг. снизился на 1,7%;
3. Перинатальная смертность по сравнению 2013 года в этом году снизилась на 1,7%;
4. Кесарево сечение по сравнению прошлого года повысился на 0,2%;
5. Материнская смертность не зарегистрирована.

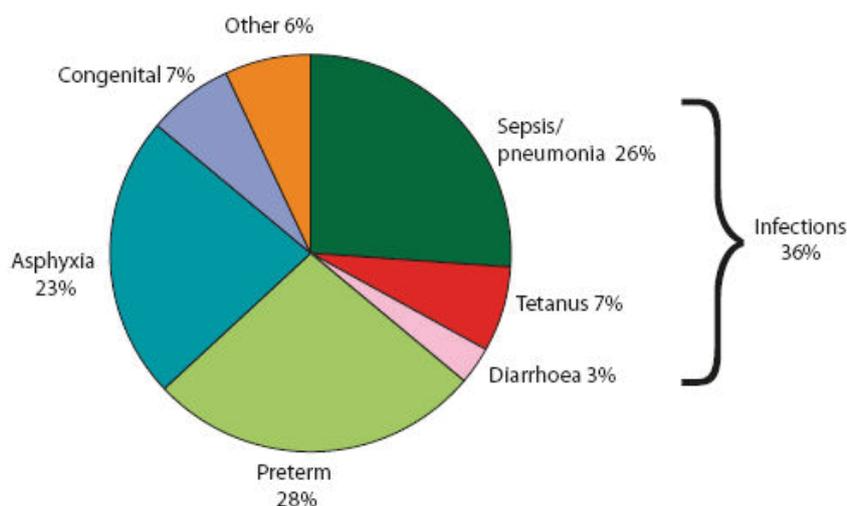


Рис. 3. Причины детской смертности

Список литературы

1. Доклад ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире: «Уменьшение риска, содействие здоровому образу жизни». 2002.
2. Каюпова Н.А. Проблемы нереализованного материнства // Репродуктивная медицина. – 2009. – № 1.
3. Демографический ежегодник Казахстана. Статистический сборник. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2010 г. – Астана, 2011.
4. Стратегический план МЗ РК на 2009–2011 гг. от 23 декабря 2008 года №1213.

**РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ
ДЕТСКОЙ СМЕРТНОСТИ ПО ВОЗРАСТАМ
В ТУРКЕСТАНСКОМ РЕГИОНЕ**

Куандыкова А.К., Амантай М.А.,
Ерназарова Ш.С., Ибрагимова Д.К.

*Международный Казахско-Турецкий университет
им. Х.А. Ясави, Туркестан, Казахстан,
e-mail: kvet_2013@mail.ru*

Актуальность

Младенческая смертность – один из демографических факторов, наиболее наглядно отражающих уровень развития страны и происходящие в ней экономические и социальные изменения.

С момента обретения независимости Казахстан достиг значительных успехов в отношении младенческой смертности, снизив ее на 64%: с 45,8 на 1000 живорожденных до 16,7 на 1000 живорожденных в 2012 году. Также в стране на 65% снизилась смертность детей в возрасте до 5 лет: с 54,1 на 1000 живорожденных в 1990 году до 18,7 на 1000 живорожденных в 2012 году.

В 2008 году в Республике Казахстан зарегистрировано 33 774 случая заболевания пневмонией детей в возрасте до 5 лет. Общая численность случаев смерти детей до 5 лет в 2008 году составила 8 225 детей, от пневмоний умерло около 1,5 тыс. Анализ данных за 2007-2009 годы показал, что смертность детей до 1 года от респираторных заболеваний и пневмоний занимает 3 место от всех причин смерти или 1 место – от инфекционных заболеваний.

В Казахстане наиболее высокие показатели младенческой смертности зарегистрированы в Кызылординской области – 25,1 (на 1000 новорожденных), Южно-Казахстанской области – 25, Джамбылской – 23,8, Восточно-Казахстанской – 22,5, Актюбинской – 20,9, Карагандинской – 20,7. В структуре причин

младенческой смертности первое место занимают состояния, возникающие в перинатальном периоде (82,3%), второе – врожденные пороки развития (17,8%), третье – болезни органов дыхания (8,5%) и четвертое – прочие. В Южном регионе отмечается особенности сезонных колебаний смертности детей на 1-ом году жизни. Если в республике младенческая смертность несколько выше в июле, августе, январе и феврале, то в Южно-Казахстанской области пик показателя приходится на июнь, июль, август и сентябрь.

Показатели внутривидовой смертности

Показатели	2013ж	2014ж
Общее количество смертей	28	33
Общий показатель смертности	0,8	1,0
Из них смертность до 1 года	15	22
Показатель смертности до 1 года	0,9	1,5
Смертность до 5 лет	25	31
Показатель смертности до 5 лет	0,8	0,97
Показатель смертности в течении 1 сутки	13 – 0,4	9 – 0,3
Показатель смертности детей до 1 года в течении 1 сутки	6 – 0,4	5 – 0,3

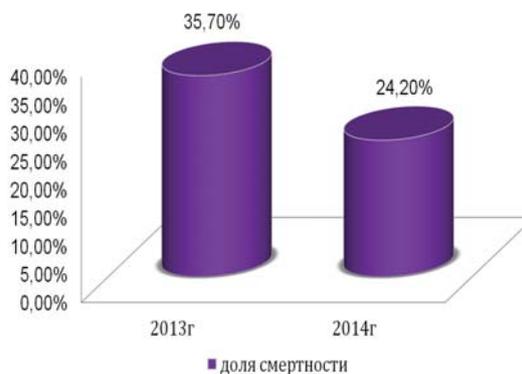


Рис. 1. Доля смертности от инфекционных болезней

Структура младенческой смертности

Наименование	2013г			2014г		
	14 лет	5 лет	До 1 года	14 лет	5 лет	До 1 года
Заболевания органов дыхательной системы	4	3	2	1	2	
Врожденные пороки органов дыхательной системы						3
Тромб.пурпура					1	
ВПС, Кардиомиопатия	6	6	4			4
ВУИ, сепсис	3	3	3		2	4
ОНМК	2	2	1		2	6
Паражение ЦНС						
Лейкоз				1		
Менингоэнцефалопатия						1
Острый гастроэнтерит	3	2	2			
Вирусный энцефалит	4	3	1		1	
ВПР ЦНС					1	
Аспирационный синдром	1	1	1			
Ишемия мозга	1	1	1			
Злокачественное новообразование	1	1				
Пневмонит, вызванный пищевыми и рвотными массами	3	3				1
Некротический энтероколит						2
Отравление хромом						1
Итого	28	25	15	2	9	22

Мероприятия выполненные для снижения показателей смертности детей

• В отделении №1 имеется кабинет “Молодые мамы”, где проводится обучение по уходу ребенка, тренинги.

• В течение 2014 года в данном кабинете прошли обучение 2452 матери по программе ИВБДВ предложенный ВОЗ.

• По программе ИВБДВ для стационара каждый четверг проводятся

• Разбор умерших больных производится в течение первых 3х суток.

• Ежемесячно среди врачей обсуждаются протоколы заседания совета проблемы национального здравоохранения снижение детской и материнской смертности при акимате ЮКО и делаются выводы.

Анализ внутрибольничной смертности в зависимости от срока поступления и месяцам

	2013г				2014г			
	Всего до 15лет	До 1 года	До 5 лет	От 5 до 15 лет	Всего до 15лет	До 1 года	До 5 лет	От 5 до 15 лет
Смерть в течении 1 сутки	13	7	12	1	9	5	3	1
Смерть в течении 1-3 суток	3	2	3		12	9	2	1
Смерть в течении 3-10 суток	6	3	5	1	5	3	2	
Смерть в течении более 10 суток	6	3	5	1	7	5	2	
Всего	28	15	25	3	33	2	9	2
Анализ смертности по месяцам								
Январь	2	2	2	-	4	4		
Февраль	2	1	2	-	3		3	
Март	4	1	2	2	2	2		
Апрель	1	-	1	-	1	1		
Май	1	-	-	1	4	3	1	
Июнь	-	-	-	-	2	1	1	
Июль	4	1	4	-	1	1		
Август	4	2	4	-	6	3	2	1
Сентябрь	1	1	1	-	2	1	1	
Октябрь	3	2	3	-	1	1		
Ноябрь	3	2	3		4	3	1	
Декабрь	3	3	3		3	2		1
Всего	28	15	25	3	33	22	9	2

Выводы

1. Смертность детей до 1 года в 2014г повысилась на 13,1%;
2. Смертность детей с 1 года до 5 лет снизилась на 8,4%;
3. Смертность детей с 5 до 14 лет снизилась на 4,4%;
4. Наблюдается положительная динамика показателей смертности от инфекционных болезней: 2013г – 35,7% (от общей детской смертности), 2014г – 24,2% (от общей детской смертности).

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОРЬЮ В ТУРКЕСТАНСКОМ РЕГИОНЕ

Куандыкова А.К., Ибрагимова С.И.,
Шарабитдинова Г.Г., Маймахова М.

*Международный Казахско-Турецкий университет
им. Х.А.Ясави, Туркестан, Казахстан,
e-mail: kvet_2013@mail.ru*

В данной статье рассматривается анализ заболеваемости корью в Туркестанском регионе.

Корь, несмотря на более чем 30-летнюю историю вакцинопрофилактики, остается важной проблемой здравоохранения не только в развивающихся странах, но и в ряде развитых стран. По данным ВОЗ корью ежегодно переболевает не менее 40 млн. детей, но регистрируется не более 10% из них. Корь в развивающихся странах остается одной из основных причин смертности детей. Ежегодно во всем мире от кори умирает свыше 10 млн. детей [1].

История борьбы с корью насчитывает более 200 лет. Однако реальная возможность снижения заболеваемости этой инфекцией проявилась только в 1954 году благодаря исследованиям двух ученых, выделившим от больного вирус кори и продемонстрировавшим его размножение в культуре клеток. Эти исследования в дальнейшем явились основой создания эффективных коревых вакцин, применение которых привело к существенному снижению заболеваемости корью, смертности и летальности от этой инфекции во многих странах мира. Актуальность борьбы с корью становится еще более очевидной, если учесть, что эта инфекция поражает в первую очередь детей [2].

Несмотря на серьезные успехи в борьбе с корью это заболевание до сих пор остается актуальной проблемой во всем мире. По информации Агентства РК по защите прав потребителей на протяжении последних 3 лет наблюдается эпидемиологическое неблагополучие по заболеваемости корью в Европе и странах СНГ. Осенью 2011 года ВОЗ официально объявила эпидемию кори в Европе. Подъемы кори в РК за последние 18 лет были отмечены в 1993, 1998, 2005 гг. В связи с этим в 1999 г введена 2 ревакцинация в 6 лет. Учитывая, что в 2005 г была вспышка кори, где число случаев достигло до 105,72 на 100000 населения, в РК проведена Национальная компания иммунизации возрастного контингента 15-35 лет. Общее количество заболевших за четыре месяца 2014 года в РК со-

ставляет 1290 больных. Наибольшее количество больных отмечено в г. Астане, Акмолинской и Карагандинской областях. Анализ исследований показывает, что среди заболевших в республике преобладает взрослое население 63,4%, дети 36,5%. Из общего количества больных, корью заболело 472 ребенка. Из них 42% дети до 1 года, заразившиеся преимущественно от родителей, 48% детей от 1 до 6 лет, из них 70% детей не привитых. 9% дети старше 6 лет, которые в 100% не привитые [3,4].

Целью исследования было изучение заболеваемости кори в городе Туркестан.

Материалы и методы исследования

Нами был проведен ретроспективный анализ заболеваемости корью населения Туркестанского региона за 2014-2015 гг. (январь) в Туркестанской городской поликлинике.

Вакцинация против кори проводится «Вакциной против кори, краснухи, паротита живая аттенуированная лиофилизированная» произведенная в Индии. Одна доза (0,5 мл) вакцины содержит не менее 1000 ТДЦ50 вируса кори, 5000 ТДЦ50 вируса паротита и 1000 ТДЦ50 вируса краснухи. Активная иммунизация проводится против кори, паротита и краснухи детей в возрасте 12 месяцев и 6 лет. Данную вакцину используют у детей в соответствии с Национальным Календарём прививок и для проведения экстренной иммунизации у взрослых лиц до 30 лет по эпидемиологическим показаниям (Рекомендации ВОЗ). Вакцина должна быть разведена только прилагаемым растворителем (стерильная вода для инъекций) с использованием стерильного шприца. Однократная доза препарата (0,5 мл) вводится глубоко подкожно в переднебоковую верхнюю часть бедра или в плечо. Анализ плана профилактических прививок показывает, что вакцинопрофилактике кори в 1 год 2013 году подлежало 6886, охват составил 99,3%, в 6 лет 5960 охват 99,0%. В 2014 году в возрасте 1 год подлежало 6997, охват составил 99,9%, в 6 лет 5838, охват 98,6% (таблица 1).

По данным Комитета контроля по защите прав потребителей г. Туркестан в 2014 году с апреля зарегистрированы корью 58 случая, а за январь 2015 года – 99 случая.

Результаты исследования и их обсуждение

Несмотря на полный охват населения вакцинацией кори в 2015 году отмечается 99 случая кори по г. Туркестан. Из них дети до 14 лет составляют 32 случая.

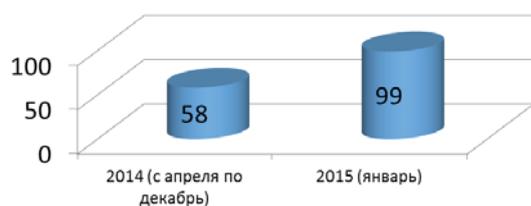


Рис. 1. Количество заболевших больных корью в г. Туркестан

Таблица 1

План профилактических прививок

№	Название вакцины	Подлежало		Охват		Поствакцинальные осложнения
		2013	2014	2013	2014	
1	КПК 1 (1 год)	6886	6997	99,3%	99,9%	0
2	КПК 2 (6 лет)	5960	5838	99,0%	98,6%	0

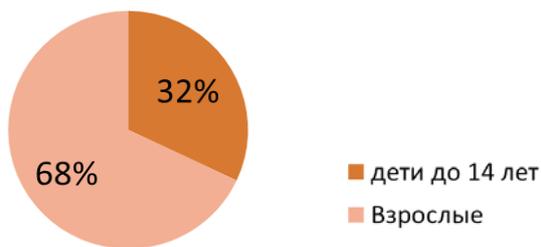


Рис. 2. Возрастная структура заболевших больных корью

Выводы

В 2012 году Инициатива по борьбе с корью и краснухой представила новый Глобальный стратегический план борьбы с корью и краснухой, охватывающий период 2012-2020 годов. План включает новые глобальные цели на 2015 и 2020 годы: снизить глобальную смертность от кори, по меньшей мере, на 95% по сравнению с уровнями 2000 года. Несмотря на рутинную иммунизацию детей против кори с высоким процентом охвата в Туркестанском регионе (до 99%) в последние годы, отмечается высокая заболеваемость корью. В связи с этим требуется дальнейшее исследование причин заболеваемости привитых. Для проверки эффективности вакцинации против кори рекомендуется провести серологический анализ у привитых людей.

Список литературы

1. Бектимиров Т.А. // ЖМЭИ. – 1990. – № 6. – С. 104-108.
2. Лосицкая Н. – зам. начальника ТО Управления Роспотребнадзора по Калужской области в Кировском, Куйбышевском, Барятинском, Мосальском, Спас-Деменском районах // Знамя труда. – №95. – 03.08.2011.
3. Баешева Д.А., Кузгибекова А.Б., Кузгибекова С.Б., Кенжебаева С.К., Идрисова Л.М., Исакова А.Б., Капанова З.Б. Эпидемиологический надзор за вакциноуправляемой инфекцией – механизм сдерживания антибиотикорезистентности // Наука и здравоохранение. – 2014.
4. Амირеев С.А., Темирбеков Ж.Т., Нажмеденова А.Г., Кудайбергенов К., Ирсимбетова Н.А. Профилактика инфекционных заболеваний иммунным методом. Эпидемиология: учебник. – Т. 1. – Гл. 23. – Алматы, 2000. – С. 396-454.

СОСТОЯНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ

Лисунова С.А., Нуцалова А.А.,
Магомедгаджиев М.Г., Абдулхаликов З.А.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия,
e-mail: zas-katya777@mail.ru

Проблема стоматологического здоровья в обеспечении качества жизни людей до сих пор находится в центре внимания исследователей [1,2,3]. Разрабатываются новые здоровьесберегающие программы и технологии у различных слоев населения [4,5].

Стоматологическое здоровье студенческой молодежи характеризуется высокой распространенностью и интенсивностью заболеваний полости рта. Чаще всего встречается кариес и его осложнения, заболевания пародонта, преждевременное удаление зубов, аномалии зубов [6,7].

Целью исследования было изучение состояния стоматологического здоровья студенческой молодежи.

Объект исследования – 56 студентов различных вузов города, из которых 21 человек – лица мужского пола и 35 – лица женского пола. Стоматологический статус изучали по общепринятой методике.

Результаты исследования

Выявленная при обследовании студентов патология обуславливает стоматологическое здоровье сту-

дентов как имеющее потребность в стоматологической помощи. Самой распространенной патологией при осмотре полости рта оказался кариес зубов 91,3%. Индекс КПУ составил 5,85, при этом индекс К равнялся 2,12, П – 3,3, индекс У – 0,43. Структура индекса КПУ выявила у юношей преобладание кариозных зубов, у девушек пломбированных зубов.

Следующей выявленной патологией были заболевания пародонта, которые чаще всего наблюдались в виде локализованного катарального гингивита – 67%. У 76,4% обследованных встречались зубные отложения: мягкий зубной налетом, над- и поддесневые зубные отложения. Зубные отложения у юношей встречались в 1,5 раза чаще, чем у девушек. Аномалии, прикуса, аномалии положения, скученность зубов, тремы, диастемы встречались у 31% студенческой молодежи.

Таким образом, выявленная высокая распространенность стоматологических заболеваний у студенческой молодежи требует особого внимания для проведения профилактических программ. Полный охват стоматологической помощью студенческих групп приведет к улучшению стоматологического здоровья у работающей группы населения нашей страны.

Список литературы

1. Денисенко Л.Н., Данилина Т.Ф., Ткаченко Л.В., Касибина А.Ф., Данилина Е.В. Влияние железодефицитной анемии на состояние полости рта беременных женщин // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2007. – № 3. – С. 45.
2. Крюкова А.В., Осипов А.Е., Денисенко Л.Н. Стоматологическое здоровье студентов // Успехи современного естествознания. – 2013. – № 9. – С. 54.
3. Ягунова В.Т., Федотова Ю.М., Филук Е.А., Денисенко Л.Н. Врач-стоматолог как исполнитель медицинских услуг // Успехи современного естествознания. – 2014. – № 11-3. – С. 22-26.
4. Вирабова А.Р. К оценке здоровьесберегающего потенциала современной школы // Вопросы современной педиатрии. – 2006. – № 8. – С. 106-107.
5. Сыранова Н.Н., Денисенко Л.Н. Внеучебная деятельность школьников здоровьесберегающей направленности // Здоровье и образование в XXI веке. – 2012. – Т. 14, № 4. – С. 336-337.
6. Проценко А.С., Макеева И.М. Факторы, влияющие на распространенность основных стоматологических заболеваний у студенческой молодежи Москвы // Стоматология. – Т. 89. – 2010. – № 1. – С. 4-6.
7. Цырюльникова А.А., Крюкова А.В., Денисенко Л.Н. Стоматологический статус студентов // Успехи современного естествознания. – 2014. – № 6. – С. 120-121.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОРИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Макарова К.О., Куанышбаев С.Р., Балдина А.А.,
Бегайдарова Р.Х., Стариков Ю.Г.

«Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан,
e-mail: r.h.begaidarova@mail.ru

Введение

В настоящее время корь продолжает оставаться одной из причин смерти среди детей раннего возраста и развития тяжелых осложнений, несмотря на наличие безопасной и эффективной вакцины.

Несмотря на резкое снижение заболеваемости корью за последние десятилетия она продолжает оставаться весьма актуальной инфекцией. В 2010 году, по данным ВОЗ, от кори умерло 122000 человек, большинство из которых были дети в возрасте до 5 лет.

В последние годы изменились и эпидемические закономерности кори: не отмечается периодичность, отсутствует влияние сезонного фактора, изменилась возрастная структура, сказывается влияние социального статуса, заболеваемость регистрируется преимущественно спорадически.

Целью наших разработок явилось сравнительное изучение кори у детей в возрасте от 1 мес. до 18 лет

включительно, госпитализированных в областную инфекционную больницу г. Караганды в период вспышки 2014 года в Центральном Казахстане.

Под наблюдением находилось 209 детей от 1 мес. до 18 лет.

Материалы и методы

В работе использованы клинические материалы, находящиеся на госпитализации детей, архивные медицинские карты стационарных больных и личные наблюдения авторов (курация больных, интерпретация клинико-лабораторных данных, анализ литературных источников, оформление статейного материала).

Клинический диагноз «Корь» был диагностирован на основании клинико-эпидемиологических и серологических данных.

Как показали результаты исследования, корь у детей в возрасте до одного года (1 группа) и с года до 18 лет (2 группа) имела ряд отличительных особенностей, что явилось основанием для их раздельного изучения и проведения сравнительного анализа.

Особенности течения кори у детей грудного возраста. (1 группа)

Под наблюдением находилось 66 детей в возрасте до одного года. Мальчиков было 34, девочек – 32. Из них до одного месяца было 1 (1,5%), с 2 мес. до 3 мес. – 8 (12,1%), с 4 до 6 мес. – 12 (18,2%), с 7 до 12 мес. – 45 (68,2%) детей.

Как показали результаты исследования, достоверных различий в клинике кори, между возрастными группами детей грудного возраста выявить не удалось, что послужило основанием для их обобщенного изучения.

У 56 (84,8%) детей установлен контакт с больными корью. У 10 (15,2%) детей из группы заболевших, контакт с больными корью не был выявлен. Однако, целенаправленный сбор эпид. анамнеза позволил установить, что родители этих детей работали в поликлиниках, областной инфекционной больнице, где вероятность встречи с больными корью была особенно высока. Не исключено, что мед. работники, бывшие в контакте с больными корью, могли на своей одежде перенести вирус кори в места проживания и заразить своих домочадцев.

Данный факт наводит на мысль, что вирус кори в настоящее время изменил свои основные физические свойства (вероятно, стал более устойчивым во внешней среде), в связи с чем вероятность передачи инфекции через третьи лица, одежду, предметы обихода не исключена и заслуживает внимания.

Анализируя возрастную структуру в четырех группах детей до одного года, была выявлена интересная закономерность, связанная со значительным нарастанием числа детей по мере увеличения возраста. Так, если детей до 3 месяцев было 9, а с 4 до 6 мес. – 12, то во втором полугодии было зарегистрировано 45 больных. Эта закономерность лишней раз подтверждает напряженность трансплацентарного иммунитета в первые три месяца жизни, с постепенным истощением в последующем и увеличением количества заболевших детей.

Практически у всех детей заболевание начиналось остро с симптомов интоксикации и катарального синдрома. Необходимо отметить, что у 31 (46,9%) ребенка выраженность катаральных явлений была незначительна и проявлялась катаральным конъюнктивитом, влажным кашлем, ринореей. У 52 (78,8%) детей в начальном периоде выявлялся синдром секреторной диареи. Частота диарей не превышала 3-4 раз

в сутки и не требовала проведения регидратационной терапии.

Продолжительность катарального периода в среднем составила 1,9 дня. В этом периоде у 62 (93,9%) детей видимые слизистые ротовой полости приобретали характерный вид – они становились гиперемизированными, шероховатыми, с единичными кровоизлияниями. Обнаружить такой патогномичный признак как симптом Бельского-Филагова удалось лишь у 28 (42,4%) детей, в основном у больных второго полугодия жизни.

Появление сыпи знаменовало собой начало периода высыпания, который проявлялся полиморфной сыпью, без ухудшения общего состояния и новой волны лихорадки. Сыпь у 28 (42,4%) детей начиналась с лица и в дальнейшем в течение 1,7 дней распространялась по всему телу, захватывая поэтапно туловище, верхние и нижние конечности. У 38 (57,6%) детей сыпь не имела тенденции к этапности распространения и первые элементы нередко появлялись на шее, животе, туловище с дальнейшим распространением по всему телу, в том числе и на лицо. Наиболее яркая сыпь с тенденцией к слиянию была на лице, шее. На туловище и животе она была гораздо бледнее, с меньшей склонностью к слиянию. У 34 (51,5%) больных сыпь на дистальных отделах верхних и нижних конечностей отсутствовала.

В периоде высыпания у 31,8% детей были отмечены осложнения: бронхиты у 3 (4,5%), двусторонние мелкоочаговые пневмонии у 5 (7,6%), инфекции мочевыводящих путей у 7 (10,6%), стоматиты у 4 (6,1%), отиты у 2 (3,0%) детей. Все осложнения протекали благоприятно и заканчивались полным выздоровлением.

В наших наблюдениях у 14 (21,2%) детей отмечались легкие формы, у 49 (74,2%) – среднетяжелые и у 3 (4,6%) – тяжелые.

Клиническое течение кори у детей старше 1 года. (2 группа)

Под наблюдением находилось 143 ребенка в возрасте от 1 до 18 лет. Из них мальчиков было 73, девочек 70.

Заболевание начиналось остро с подъема температуры от 38° до 39°C. Выраженные катаральные явления (грубый лающий кашель, одутловатость лица, склерит, конъюнктивит, ринорея) наблюдались у 98 (68,5%) детей.

Продолжительность катарального периода составила 2,4 дня.

Опорным признаком для постановки диагноза кори в катаральном периоде является обнаружение такого патогномичного признака, как симптом Бельского-Филагова.

Поражение кишечника в виде секреторной диареи было кратковременным (1-2 дня) и отмечено у 28 (19,6%) детей первых пяти лет жизни.

К концу катарального периода все проявления катарального и токсического синдрома усиливались, кашель приобретал частый лающий характер. Продолжительность лихорадки у больных в среднем составила 3 дня.

Период высыпания был ознаменован новым подъёмом температуры до высоких цифр, повторной рвотой, вялостью, анорексией, усилением катарального синдрома у 120 (83,9%) больных.

Сыпь высыпала классически. Первые элементы сыпи появлялись сначала на лице, шее, плечевом поясе и в дальнейшем в течение 2,5 суток распространялись на остальные кожные покровы у 126 (88,1%) у детей. По своей морфологии сыпь была полиморфной

(пятнисто-папулезно-эритематозная) с тенденцией к сливанию.

Осложнения в группе детей до 1 года и старше 1 года были аналогичны осложнениям детей раннего возраста, но во 2 группе они наблюдались у большего числа больных 64 (44,8%) и протекали тяжелее, что отразилось на длительности госпитализации. Если у детей грудного возраста она составила в среднем 5,1 дня, то в данной группе – 6,8.

Во второй группе детей, больных корью, протекающих в легкой форме было 30 (21,0%), среднетяжелой 73 (51,0%) и тяжелой 40 (28,0%).

Начало этого периода фиксировалось с появлением элементов пигментации в том же порядке, в каком высыпала сыпь. Пигментация была довольно постоянным признаком и была отмечена у 132 (92,3%) больных. Пигментированная сыпь отличалась темно-синюшным оттенком и не исчезала при растягивании кожи. У 5 (3,5%) больных пигментация сопровождалась отрубевидным шелушением.

Обсуждение результатов исследования

Заболеванию были подвержены дети всех возрастов, но наибольшее количество детей приходилось на возраст от 1 года до 3-х лет и с 11 до 18 лет. Наименьшее количество заболевших приходилось на 1-ое полугодие жизни.

Начало заболевания у всех детей было острым, но продолжительность катарального периода у больных 2-й группы была несколько продолжительней (2,4 дня против 1,9).

Проводимый сравнительный анализ клинических проявлений катарального периода больных 1-й и 2-й групп позволяет констатировать, что выраженность интоксикации, равно, как и катаральных явлений, были более выраженными у детей старшего возраста ($P < 0,05$).

Пятна Бельского-Филатова были обнаружены у половины детей в возрасте до 1-го года и у 2/3 старшего возраста ($P < 0,05$). Корева энантема была выявлена практически у всех больных, что позволяет еще раз признать эти симптомы патогномичными для детей всех возрастных групп.

Появление сыпи сопровождалось резким ухудшением состояния у детей 2-й группы (подъем температуры, рвота, вялость). У детей 1-й группы лихорадка оставалась субфебрильной, и только у 13,6% детей было отмечено незначительное ухудшение состояния в виде нарастания симптомов интоксикации и лихорадки.

Сыпь по своей природе была полиморфной (папула, розеола, макула, эритема), красно-бордового цвета, но у половины детей 1-го года жизни она не имела тенденции к этапности и первые элементы появились не на лице, а на туловище, животе. У старших детей она высыпала этапно ($P < 0,05$) в течение 2,5 суток, против 1,7 дней в первой группе.

Осложнения во 2-й группе были отмечены у 44,8% детей, в первой группе – у 31,8%.

Пигментация, как ретроспективный симптом, перенесенной кори, была почти у всех больных 2-й группы и у 59,1% больных до 1 года ($P < 0,05$).

Корь у детей грудного возраста протекала преимущественно в легкой и среднетяжелой формах (95%), в старшем возрасте ($P < 0,05$) – напротив, в среднетяжелых и тяжелых (79%).

Выводы

1. Корь у детей старше 1 года протекает тяжелее в сравнении с детьми грудного возраста.

2. Тяжелое течение кори в старшем возрасте, преобладание заболеваемости детей в возрасте от 11 до

18 лет, косвенно свидетельствует о снижении или исчезновении поствакцинального иммунитета, что диктует необходимость проведения ревакцинации против кори школьникам старших классов.

3. Симптом Бельского-Филатова, коревая энантема остаются важными диагностическими и дифференциально-диагностическими признаками ранней диагностики кори в любом возрасте, а пигментация служит ценным ретроспективным признаком перенесенного заболевания.

КУЛЕРНАЯ ВОДА ИЗВЕСТНЫХ ПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ ЕЁ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ СВОЙСТВА И ВЛИЯНИЕ НА ESHERICHIA COLI

Морозов Е.А., Кнышова Л.П., Кулинич А.В., Стрыгин А.В.

ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, Волгоград, Россия, e-mail: 05egor07@rambler.ru

Введение

В крупных городах нашей страны в последние годы отмечается увеличение доли рынка доставки воды в 19-литровой таре. Использование кулеров очень удобно, но каковы преимущества кулерной воды для здоровья?

Большинство людей полагает (и виной тому обширная пропаганда вреда водопроводной воды в прессе), что хуже водопроводной хлорированной воды для организма быть ничего не может. На самом же деле, отдавая предпочтение кулерной воде перед водопроводной мы выбираем одно из зол, а меньшее ли оно сказать пока не может никто.

С увеличением спроса на практичные в использовании кулеры, так же растет и количество поставщиков воды. Вне зависимости от производителя воды, любая компания стремится предоставить качественную, хорошо очищенную воду, пригодную для питья. К сожалению, методы очистки, консервации и контроля производства имеют свои различия, что может повлечь за собой потерю качества и пригодности ее в употреблении. Однако Росконтроль при оценке результатов испытаний воды руководствуется исключительно требованиями нормативных документов Российской Федерации и Таможенного союза, основанных на научных исследованиях наших и зарубежных ученых и гармонизированы с аналогичными нормативами или рекомендациями ЕС, ВОЗ и т.д.

Дело в том, что вода в бутылки имеет обыкновенные цвести. На стенках бутылки образуются сине-зеленые водоросли, продуктом жизнедеятельности которых являются токсины. Так как, в современной производственной практике встречается использование антибиотиков для увеличения сроков хранения продукта, у нас возник вопрос: «Почему кулерная вода известных поставщиков не цветет? Нет ли в её составе минимальной дозы антибиотиков, позволяющей бороться с сине-зелеными водорослями?»

Цель: определить наличие антибактериальных свойств кулерной воды и её влияние на микрофлору кишечника здорового человека.

Материал и методы

Для проведения анализа была выполнена контрольная закупка воды пяти различных производителей: Дона, Горячий Ключ, Родничок, Кристалльная капля, Архыз. В качестве основного представителя кишечной микрофлоры был выбран стандартный штамм кишечной палочки (M17 E.coli). Методом исследования нами был выбран наиболее подходящий и информативный бактериологический метод. Среда для исследования – дифференциально-диагностическая пи-

тательная среда, предназначенная для выделения *Esherichia coli*.

Результаты и обсуждения

В результате эксперимента все исследуемые опытные образцы не показали существенных изменений характера и остановки роста *Esherichia coli* на питательной среде с дисками, пропитанными образцами воды.

Выводы

1. Анализ результатов проведенного эксперимента показал, что кулерная вода данных производителей не обладает антибактериальными свойствами и не содержит антибиотиков.

2. Из всего вышеизложенного можно сделать вывод, что кулерная вода данных производителей не влияет на кишечную микрофлору человека и пригодна для употребления.

Список литературы

1. Бармин М.И., Темнов П.Н. Экология воды. Живая вода существует!!! Том 3. СПб.: Комилфо, 2010.
2. О некоторых вопросах поддержания качества воды и её самоочищения // Водные ресурсы. – 2005. – Т. 32, № 3. – С. 337-347.
3. Петрянов И.В. Самое необыкновенное вещество // Химия и жизнь. – 1965. – № 3. – С. 2-14.
4. International Union of Pure and Applied Chemistry. Nomenclature of Inorganic Chemistry. IUPAC RECOMMENDATIONS 2005 // RSC Publishing. – 2005. – 306 p.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ПЛАСТИКИ УЗДЕЧКИ ЯЗЫКА У ДЕТЕЙ В РАЗЛИЧНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ

Нестерова А.Е., Тимошенко А.Н., Шишкина В.И.

*Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия,
e-mail: antimochenko90@yandex.ru*

Цель исследования: повышение эффективности лечения детей с укороченной уздечкой языка путем выбора оптимальных сроков хирургического лечения.

Материалы и методы

Было обследовано 79 детей с укороченной уздечкой языка. Пациенты распределялись по возрасту: I группа – 1-3 года (19 детей); II группа – 4-5 лет (14 детей); III группа – 6-12 лет (46 детей). Производилась коррекция уздечки языка традиционным методом. Основными критериями эффективности являлись: образование мягко-эластичного подвижного рубца; свободное касание языком твердого нёба, верхней губы; нормализация звукопроизношения; отсутствие жалоб родителей [1].

Результаты исследования

При обследовании детей до операции было выявлено, что менее длительный реабилитационный период наблюдался у детей II группы (4-6 месяцев). У обследованных I группы данный период составил 6-8 месяцев, длительность реабилитации пациентов III группы оказалась более продолжительной (7-9 месяцев), что может быть связано со склонностью к интенсивному рубцеванию в данном возрастном периоде.

Выводы

Рассечение уздечки языка в пределах слизистой оболочки, не затрагивая мышечного слоя целесообразно проводить в период новорожденности [2]. Следующим оптимальным для оперативного вмешательства считаем 4-5-летний возраст, так как: в данном периоде возможно проведение логопедических занятий и миогимнастики; предупреждения деформации прикуса.

Список литературы

1. Тимошенко А.Н., Романов И.Ю., Нестерова А.Е. Обоснование возрастных показаний к пластике уздечки языка у детей: материалы 72-й открытой научно-практической конференции ВолГМУ. – Волгоград, 2014.
2. Segal L.M., Stephenson R., Dawes M., Feldman P. Prevalence, diagnosis, and treatment of ankyloglossia: methodologic review // Canadian Family Physician. – 2007.

К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МАТЕРИАЛА «БИООСС» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ, АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА И НЁБА

Нестерова А.Е., Тимошенко А.Н., Фоменко И.В.

*Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия,
e-mail: antimochenko90@yandex.ru*

Цель исследования: оценка эффективности лечения больных с врожденной расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка и неба (ВРГАОН) с использованием остеопластического материала «БиоОсс».

Материалы и методы

Проведено комплексное обследование и лечение 62 детей с ВРГАОН. 31 ребёнку пластика дефекта АО проводилась с использованием остеопластического препарата «БиоОсс». Критериями эффективности являлись: оксификация расщелины, определяемая рентгенологически; прорезывание клыка и нормализация его положения; сроки ортодонтического лечения [1,2].

Результаты и обсуждения

Установлено, что частичная оксификация и создание оптимальных условий для прорезывания и нормализации положения клыка наиболее благоприятно протекали у больных в лечении которых использовались остеопластические материалы («БиоОсс» и «Биогайт»). Длительность реабилитационного периода составил от 6 до 9 месяцев. У детей в лечении которых не использовались указанные материалы, комплекс реабилитационных мероприятий длился от 10 до 16 месяцев

Выводы

Применение остеопластического материала пластике дефекта альвеолярного отростка верхней челюсти способствует сокращению сроков последующего ортодонтического лечения, прорезыванию клыка и нормализации его положения.

Список литературы

1. Водолацкий М.П., Зеленский В.А., Бочкова И.В. Устранение деформации наружного носа у больных с врожденной односторонней расщелиной верхней губы // Актуальные вопросы стоматологии: сборник научных трудов ВМА. – Волгоград, 1994. – С. 20-24.
2. Фоменко И.В. и др. Эпидемиологическая характеристика врождённых расщелин лица на территории Волгограда и обл. // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2009. – Т. 8, № 1. – С. 20-24.

ОБОСНОВАНИЕ ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ КАК МЕТОДА СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОДОНТОГЕННЫХ КИСТ У ДЕТЕЙ

Нестерова А.Е., Тимошенко А.Н., Касаткина А.Л.

*Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия,
e-mail: antimochenko90@yandex.ru*

Своевременная диагностика одонтогенных кист часто затруднена ввиду их длительного бессимптомного течения. [2]. Различные вариации развития, разнообразная клиника обуславливают сложности диа-

гностики и оптимального лечения [1]. **Цель исследования:** выбор наиболее рационального метода лечения в зависимости от клинической картины одонтогенных воспалительных кист.

Материалы и методы

Проведено обследование и лечение 47 детей с диагнозом одонтогенная воспалительная киста.

Результаты исследования

Абсолютное большинство (43 ребёнка 91%) составили дети от 8 до 12 лет. У 39 детей (83%) причиной развития радикулярной кисты являлись зубы, ранее леченные резорцин-формалиновым методом. При лечении воспалительных радикулярных кист, размером до 2 см. в диаметре доступ к кистозной полости осуществлялся через лунку удалённого «причинного» зуба; при «прорастании» кисты в верхнечелюстную пазуху – цистэктомии и синусотомии.

Выводы

Полученные результаты указывают на необходимость диспансеризации детей, ранее которым проводилось лечение зубов по поводу осложнённого кариеса (особенно резорцин-формалиновым методом).

Список литературы

1. Никитин А.А. и др. Хирургическое лечение кистозных образований челюстных костей у детей с использованием биокomпозиционных материалов // *Стоматология*. – 2005. – № 2. – С. 40-43.
2. Фоменко И.В. и др. К проблеме лечения и профилактики воспалительных кист челюстей у детей: сборник трудов II Российского регионального конгресса ассоциации детской стоматологии (IAPD), 29 сентября – 1 октября 2014 г. – Москва, 2014. – С. 169-170.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ АМИЛОИДОЗА

Николаева О.В., Шептухина А.И.,
Козлов В.А., Сапожников С.П.

*ФБГОУ ВПО «Чувашский государственный университет
им. И.Н. Ульянова», Чебоксары, Россия,
e-mail: priffetik@bk.ru*

В современном мире в связи с удлинением жизни и улучшением ее качества проблема амилоидоза становится все более актуальной, поскольку увеличивается общее число больных, страдающих хроническими воспалительными заболеваниями, и людей с наследственными формами амилоидоза.

Установлено, что амилоидоз сердца обнаруживается у 2,3% умерших в возрасте до 50 лет, в возрастной группе 50-70 лет его выявляют у 30%, в группе 70-80 лет – уже у 41%, а у лиц, умерших в возрасте старше 90 лет, амилоидоз миокарда обнаруживали в 71-90% случаев [Козловская Л.В., Рамеев В.В., Саркисова И.А. Амилоидоз у пожилых // *Клиническая медицина: научно-практический журнал*. – 2005. – Т. 83, № 6. – С. 12-20. – ISSN 0023-2149].

В то же время, теории, удовлетворительно объясняющей все патогенетические феномены, свойственные различным формам амилоидогенеза и одновременно позволяющей прогнозировать эффективность средств лечения и профилактики этой патологии – нет.

Все известные нам способы получения экспериментального системного амилоидоза предполагают в качестве экспериментальных животных использование старых животных мышей, крыс или морских свинок, поскольку именно старческая брадифрофия тканей позволяет осуществить моделирование амилоидоза. На молодых крысах амилоидоз с использованием известных способов не воспроизводится вследствие особенностей обмена веществ. Однако использование

старых животных не позволяет проводить долгосрочный фармакологический эксперимент по лечению и профилактике амилоидоза. Продолжительность пребывания старых животных в каком-либо эксперименте резко ограничена преклонным возрастом.

В связи с вышесказанным, целью нашего исследования является разработка собственных экспериментальных моделей амилоидоза, воспроизводимых на молодых животных.

Материал и методы

В эксперименте были использованы шестнадцать белых лабораторных половозрелых 35-дневных мышей-самцов массой 28,5±1,2 г, содержащихся на стандартном рационе вивария. Случайным образом мыши были разделены на три группы по три мыши в первой и второй группах и четыре мыши в третьей группе:

- 1) контрольная группа,
- 2) группа, в течение 30-ти дней получали подкожно через день 0,5 мл смеси цельного молока, содержащей 30% сырого яичного альбумина, 15 инъекций,
- 3) группа, получали подкожно ежедневно в течение 30-ти дней яичный альбумин по 0,5 мл вместе со взвесью дигидрохлоридом в 3% растворе крахмального клейстера из расчета 1,5 мг/кг массы *per os*. Все мыши в течение всего времени эксперимента находились в одной клетке. Доступ к воде и корму был свободный.

По окончании введения белковых препаратов мыши были декапитированы. Органы: печень, левая почка, селезенка, – изъяты, измерены миллиметровой лентой, взвешены на электронных аналитических весах и зафиксированы 10% нейтральным формалином. После формалиновой фиксации органы были отмыты проточной водой, проведены через батарею спиртов восходящей крепости для обезвоживания и залиты парафином.

Из парафиновых заливок были приготовлены срезы толщиной 5 мкм, которые монтировали на предметных стеклах, после чего депарафинировали и окрашивали 1% раствором красного конго для выявления амилоида и докрашивали гематоксилином. Срезы микроскопировали в проходящем свете на микроскопе Лейка с последующей видеофиксацией микрофотографией в цифровом виде, а также на поляризационном микроскопе МИН-8.

Результаты исследования

Контрольная группа – форма, линейные размеры, цвет и консистенция органов интактных животных были в пределах возрастной нормы, каких-либо патологических изменений, вызванных болезнями лабораторных животных, не выявлено. Капсула почки снимается легко. Данные о влажной массе изъятых органов представлены в таблице.

На срезах почки диаметр клубочка составлял около 50-70 мкм. Нефротелий был представлен клетками, приближающимися к кубическому эпителию с округлыми ядрами и цитоплазмой, прокрашивающейся в кирпичный цвет. По количеству ядер в петлях капилляров клубочка определялось от 45 до 60 клеток и примерно столько же эритроцитов. Наблюдается картина нефрита. Канальцевый эпителий не имел морфологических отклонений и соответствовал гистологической норме. Отдельные сегменты клубочка представлены гомогенными конго-положительными депозитами, не содержащими ядер, которые сдавливали петли капилляров, о чем свидетельствуют ядра овальной или уплощенной формы. Выявлялись единичные эритроциты. Просветы канальцев несколько сужены, имели фестончатое строение, содержали зер-

нистые массы. Цитоплазма канальцевого эпителия была мелкозернистая, со слабой конго-положительной реакцией.

Большая часть препаратов селезенки представлена белой пульпой, состоящей из лимфоидных фолликулов. Красная пульпа представлена ретикулярной стромой и эритроцитами. Морфологический паттерн соответствует гистологической норме.

Паренхима печени имела вид булыжной мостовой (вымывание гликогена в процессе подготовки срезов к окраске) – нормальная гистологическая картина. Цитоплазма клеток светооптически пустая, содержала мелкие зерна. Морфологический паттерн соответствует гистологической норме.

Вторая группа – визуально форма, линейные размеры и цвет печени животных этой группы не отличались от интактных, однако консистенция печени была более плотная, чем у интактных мышей, на срезе печень выглядела как сальная. Внешних различий формы, консистенции, цвета и линейных размеров почек в этой группе не наблюдалось. Капсула почки снимается легко. Селезенка была резко увеличена во всех размерах до 2,0±0,1 см в длину, 0,4±0,1 см в ширину и толщину в направлении от широкой части к селезеночной связке, в контроле 1,5±0,1×0,3±0,1×0,1±0,05 см, соответственно, консистенция плотная.

Лимфоидные фолликулы селезенки либо циркулярно окружены амилоидом, во многих фолликулах лимфоидная ткань замещена амилоидом с разной степенью выраженности. Красная пульпа практически отсутствует. Отмечается присутствие большого количества мегакариоцитов на разных стадиях формирования. Выявляются единичные указанные клетки с патологическим митозами, заключающимися в дехроматизации и рассеянии ядерного материала на два полюса клетки неравномерно (показано стрелкой).

Цитоплазма гепатоцитов при окраске конго красным мелко-вакуолизирована. Амилоид-положительное вещество выявлялось только в строме портальных трактов и стенках сосудов.

Таблица

Влажная масса изъятых органов, г

Орган	1) группа, контрольная	2) группа, взвесь 30% яичного альбумина в цельном молоке	3) группа, взвесь 30% яичного альбумина с дигидро-кверцетином per os
Печень	4,14±0,1	5,2±0,1 p=0,002	5,4±0,1 p=0,002
Почка	1,2±0,03	1,4±0,02 p=0,003	1,4±0,01 p=0,003
Селезенка	0,8±0,015	2,1±0,04 p=0,000	2,0±0,034 p=0,000

Примечание: значения p приведены по отношению к интактной группе.

У мышей, получавших на фоне введения яичного альбумина дигидрокверцетин в дозе 1,5 мг/кг массы, морфологическая картина гистологических препаратов почки, печени и селезенки не отличалась от описанной выше модели с введением 30% взвеси яичного альбумина в цельном молоке. В связи с чем, полученные микрофотографии в данном отчете мы не приводим. Очевидно, что дигидрокверцетин в примененной дозе не повлиял на формирование амилоидной модели.

Таким образом, предлагаемые нами способы вызывают развитие системного амилоидоза у молодых мышей двухмесячного возраста. Данное обстоятельство позволяет проводить долгосрочный фармаколо-

гический эксперимент по лечению и профилактике амилоидоза.

Исходя из полученных результатов исследования можно сделать ряд выводов:

1. Разработанные нами модель амилоидоза хорошо воспроизводимы и может быть использована для экспериментального применения;
2. Использование дигидроквертицина не предотвращает развитие и отложение амилоида в паренхиматозных органах.

Список литературы

1. Козловская Л.В., Рамеев В.В., Саркисова И.А. Амилоидоз у пожилых // Клиническая медицина: научно-практический журнал. – 2005. – Т. 83, № 6. – С. 12-20. – ISSN 0023-2149.
2. Chiu K., So K.-F., Chuen-Chung Chang R. Progressive Neurodegeneration of Retina in Alzheimer's Disease – Are β -Amyloid Peptide and Tau New Pathological Factors in Glaucoma? // Glaucoma. Basic and Clinical Aspects. – 2013. Rumelt Sh. (Ed.), available from: <http://www.intechopen.com/books/glaucoma-basic-and-clinical-aspects/progressive-neurodegeneration-of-retina-in-alzheimer-mer-s-disease-are-amyloid-peptide-and-tau-new-patho>
3. Domagk G. Untersuchungen uber die Bedeutung des reticuloendothelial systems fur die Entstehung d. Amyloids. Virchows Archiv. B. CCLIII. 1924.
4. Сапожников С.П., Гордова В.С. Роль соединений кремния в развитии аутоиммунных процессов // Микроэлементы в медицине. – 2013. – № 3. – С. 3.
5. Грицман А.Ю. Некоторые вопросы экспериментальной терапии амилоидоза и резорбции амилоида: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1974. – 24 с.
6. ГОСТ Р 53434-2009 Принципы надлежащей лабораторной практики. – 16 с. (Национальный стандарт Российской Федерации).
7. Капинус Л.Н. Иммуноморфологическое изучение ранних стадий амилоидогенеза. Бюлл. Эксп. Биол. Мед. 1978; 85 (2): 232-234.
8. Domagk G. Untersuchungenuber die Bedeutung des reticuloendothelial systems fur die Entstehung d. Amyloids. VirchowsArchiv. B. CCLIII. 1924.
9. Шварц С.С. Экологические закономерности эволюции. – М.: Наука, 1980. – 153 с.
10. Черников М.П. Протеолиз и биологическая ценность белков. Казенны как собственно пищевые белки. – М.: Медицина, 1975. – 231 с.
11. Yang X., He C., Li J., Chen H., Ma Q., Sui X., Tian S., Ying M., Zhang Q., Luo Y., Zhuang Z., Liu J. Uptake of silica nanoparticles: Neurotoxicity and Alzheimer-like pathology in human SK-N-SH and mouse neuro2a neuroblastoma cells // Toxicol. Lett. – Vol. 229, № 1. – P. 240-249. doi: 10.1016/j.toxlet.2014.05.009. Epub 2014 May 14.
12. Gagni P., Sola L., Cretich M., Chiari M. Development of a high-sensitivity immunoassay for amyloid-beta 1-42 using a silicon microarray platform // Biosens Bioelectron. – Vol. 47. – P. 490-495. doi: 10.1016/j.bios.2013.03.077. Epub 2013 Apr 6.
13. Subash S., Essa M.M., Al-Adawi S., Memon M.A., Manivasagam T., Akbar M. Neuroprotective effects of berry fruits on neurodegenerative diseases // Neural. Regen. Res. – 2014. – Vol. 15, № 9(16). – P. 1557-1566. doi: 10.4103/1673-5374.139483.

**ОПЫТНО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ РАБОТА
ПО ВЕДЕНИЮ ПРОСВЕТИТЕЛЬСКОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ИСКУССТВЕННОМУ
ПРЕРЫВАНИЮ БЕРЕМЕННОСТИ
В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ**

Ускенбаева С.Т., Парпиева А.

Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан,
e-mail: parpieva1997@mail.ru

Искусственное прерывание беременности является актуальной проблемой в современном обществе. Ведь оно серьезно влияет на здоровье женщины. В связи с этим сейчас уделяют большое значение решению и профилактике данной проблемы.

С целью изучения осведомленности студентов о влиянии аборта на репродуктивное здоровье женщины и отношения студентов к искусственному прерыванию беременности была проведена опытно-экспериментальная работа. Социологический анонимный опрос был проведен среди 47 студентов 1 курса в возрасте 17-19 лет. Анкетирование проводилось с помощью опросника, состоявшего из 15 вопросов, которые были разделены по 5 вопросов: на знание, отношение студентов к данной проблеме и поведение.

В ходе проведения опроса на знание и осведомленность было выявлено, что 90% опрошенных имеют представления о последствиях искусственного прерывания беременности, когда 3% из них не знают об этом, а остальные 7% затруднились ответить. 62% респондентов знают, что такое репродуктивное здоровье, а 31% не знают об этом. К тому же, 45% студентов не знают что такое криминальный аборт. Это говорит о том, что в школах правильно велись уроки полового просвещения. Однако, несмотря на осведомленность о методах контрацепции, 66% студентов не знают о вреде этих средств, зато остальные 34% утверждают, что осведомлены об этом.

Что касается отношения респондентов к абортам, то 83% студентов относятся к абортам отрицательно, тогда как 7% из них совершенно равнодушны к данному вопросу, а 10% затрудняются ответить на данный вопрос. И поэтому 50% считают, что нужно официально запретить аборты, 18% не думают, что аборты нужно официально запретить, а 18% воздержались от ответа.

По мнению 48% опрошенных, принять решение об аборте заставляют именно материальные факторы. 38% думают, что из-за социальных проблем, ну а остальные 14% выбрали другое, утверждая, что в жизни бывает много разных случаев. 69% опрошенных считают, что аборт можно приравнять к убийству человека, так как плод – это уже живой человек, 17% думают, что это зависит от срока беременности, а остальные 14% затруднились ответить на этот вопрос. В рамках этой темы 59% поддерживают мнение о том, что в школах обязательно нужно вести уроки полового воспитания, тогда как 24% считают, что нет в этом необходимости, а 17% воздержались от ответа на данный вопрос.

Результаты на вопросы о поведении были следующими. Ответ студенток на вопрос: если бы они оказались в ситуации, когда на свет должен появиться нежеланный ребенок, то 71% сохранили бы жизнь малышу, 25% затруднились ответить на данный вопрос, а 4% отметили другое, например, принять меры предосторожности, чтобы не попасть в такую ситуацию. А ответ на вопрос: если бы их подруга или знакомая решила сделать аборт, то 73% респондентов уговорили бы отказаться от этого, ведь ребенок в утробе считается живым человеком. 10% поддержали бы ее решение, потому что в будущем этого ребенка может ожидать трудная судьба, 7% предложили бы ей избавиться от ребенка после его рождения, то есть поддержали бы идею отдать ребенка в детский приют, оставшиеся 10% воздержались от ответа. На вопрос о том, рассказали бы они об этом своим родителям/родственникам/друзьям, они ответили следующим образом: 69% ответили «да», так как это очень важно, 14% выступили против этого, утверждая, что это деликатная тема, которую они решат сами, 4% затруднились ответить, а 3% в категории другое ответили, что расскажут только своей маме. К тому же для 69% мнения родителей/родственников/друзей могло бы повлиять на их решение, а 17% остались бы при своем мнении, 14% затруднились ответить. На вопрос, делали бы они аборты, если в будущем стали гинекологами: 14% ответили, что делали бы аборты, а 44% выступили против этого, другие 21% воздержались от ответа, остальные 21% ответили, что это зависит от ситуации, например, если у ребенка обнаружили «Синдром Дауна» или какую-либо другую мутацию. Некоторые из них ответили, что никогда не выберут профессию гинеколога.

Материалами для проведения просветительской деятельности явились презентации студентов 1050

группы специальности «Общая медицина» Базаралиевой Динары и Ильяшевой Индиры по темам «Влияние искусственного прерывания беременности на репродуктивное здоровье женщины» и «Религиозные и морально-этические аспекты искусственного прерывания беременности», беседы с акушером-гинекологом, демонстрация видеороликов.

После проведения просветительской деятельности об искусственном прерывании беременности в студенческой среде был проведен контрольный срез. Перед опросом группы студентов были осведомлены об основных, морально-этических и религиозных аспектах, а также влиянии аборта на репродуктивное состояние женщины. В результате анализа мы отметили, что у 7% изменилось отношение к проведению абортов, это те, кто перед этим относились равнодушно. Эти респонденты поменяли свое мнение на отрицательное. 24% узнали об этом в ходе запланированной просветительской деятельности.

Многие респонденты отметили, что подобные беседы проводятся с ними впервые. Интересны мнения юношей об ответственности партнера за судьбу будущего ребенка. Также мы попросили 18 юношей ответить на вопрос: если представить, что они узнали о том, что их партнерша беременна нежеланным для них ребенком, то что бы они предприняли. Результаты были следующими: 82% обрадовались бы и заботились бы о матери и ребенке, построив семью; в то время как 6% предложили бы сделать аборт и отказались бы от него до рождения, и ни один из них не отказался бы от него после его рождения. 6% воздержались от ответа, а остальные 6% ответили по-другому: предложили бы избавиться от ребенка посредством медикаментозного аборта.

Таким образом, мы пришли к выводу, что целенаправленная просветительская деятельность о влиянии искусственного прерывания беременности и их морально-этических аспектах позволит способствовать профилактике нежелательной беременности.

Список литературы

1. Стасенко О.В. Отношение современной студенческой молодежи к искусственному прерыванию беременности // Мир науки, культуры, образования. – 2014. – №3. – Ставрополь.
2. Qip.ru. Сайт для создания тестов и опросов.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖЕНЩИН С ГИПОТОНИЧЕСКИМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ РОДАХ

Юдина И.А., Головченко О.В., Лебедева О.П., Пахомов С.П., Крикун Е.Н., Павленко К.В.

*Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Медицинский колледж МИ НИУ «БелГУ», Белгородский областной перинатальный центр, Белгород, Россия,
e-mail: kostiel111@mail.ru*

Акушерские кровотечения остаются одной из основных организационных, медицинских и социальных проблем. Послеродовые кровотечения в 25% являются причиной материнской смертности. Считается, что в большинстве случаев материнская смертность при послеродовом кровотечении предотвратима. Гипотонические кровотечения после кесарева сечения встречаются в 5 раз чаще, чем после самопроизвольных родов. Гипотония матки отмечается у 1,8% родильниц, родоразрешённых путём операции кесарево сечение.

Анализ факторов риска развития послеоперационных кровотечений позволяет своевременно про-

гнозировать вероятность развития послеродового гипотонического кровотечения и проведение своевременной профилактики.

Целью настоящего исследования являлось установление возможных факторов, предрасполагающих к развитию кровотечений в раннем послеродовом периоде после оперативного родоразрешения.

Произведён анализ 38 родов Перинатального центра Белгородской областной клинической больницы имени Святителя Иоасафа в период с 2009 по 2013 гг. 19 оперативных родов посредством операции кесарево сечение, осложнившихся гипотоническим кровотечением в раннем послеродовом периоде, 19 оперативных родов без осложнений.

Не было выявлено достоверных различий в антропометрических данных женщин, менструальной функции, общем и биохимическом анализе крови, коагулограмме до родов, коагулограмме после родов, роста-весовых показателях новорожденного, общем и биохимическом анализе крови, коагулограмме на сроке беременности 20 недель, в лабораторных показателях перед родами.

Длительность пребывания в стационаре в послеродовом периоде достоверно различалась: 8,4 койкодня после оперативных родов, осложнившихся кровотечением в раннем послеродовом периоде, 7,2 после оперативных родов без кровотечения ($p < 0,05$).

Выявлены достоверные различия в возрасте женщин: 32,3 года при оперативных родах, осложнившихся кровотечением в раннем послеродовом периоде, 26,2 лет у женщин без кровотечения ($p < 0,05$).

Объём кровопотери во время операции достоверно отличался: 1060 мл при оперативных родах, осложнившихся кровотечением в раннем послеродовом периоде, 432 мл у женщин без кровотечения ($p < 0,05$).

Длительность операции достоверно отличалась: 67 мин. при оперативных родах, осложнившихся кровотечением в раннем послеродовом периоде, 44 мин. у женщин без осложнений ($p < 0,05$).

В общем анализе крове на 3 сутки после родов выявлены достоверные отличия в содержании гемоглобина 96,9 г/л при оперативных родах, осложнившихся кровотечением в раннем послеродовом периоде, 112 г/л у женщин без осложнений ($p < 0,05$); эритроцитов $3,0 \cdot 10^{12}/л$ при оперативных родах, осложнившихся кровотечением в раннем послеродовом периоде, $3,6 \cdot 10^{12}/л$ у женщин без осложнений ($p < 0,05$); сегментоядерных нейтрофилов 72,3 при оперативных родах, осложнившихся кровотечением в раннем послеродовом периоде, 64 у женщин без осложнений ($p < 0,05$); моноцитов 4,8 при оперативных родах, осложнившихся кровотечением в раннем послеродовом периоде, 7,0 у женщин без осложнений ($p < 0,05$).

В биохимическом анализе крови достоверные отличия в содержании общего белка 58,6 г/л при оперативных родах, осложнившихся кровотечением в раннем послеродовом периоде, 65,2 г/л у женщин без осложнений ($p < 0,05$).

Оценка новорождённых по шкале Апгар достоверно отличалась на 1 мин. 6 баллов при оперативных родах, осложнившихся кровотечением в раннем послеродовом периоде, 6,8 баллов у женщин без осложнений ($p < 0,05$), на 5 мин. 6,8. и 7,6 баллов соответственно ($p < 0,05$).

Учитывая сказанное, можно заключить, что при операции кесарево сечение на развитие послеродового кровотечения в большей степени влияет ход самой операции, чем факторы, предшествовавшие беременности и родам.

ОСОБЕННОСТИ НЕКОТОРЫХ ЭТИЧЕСКИХ И ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ

Серьшева Д.В., Пономарева Л.А.,
Романова М.М., Зуйкова А.А.

ГБОУ ВПО Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко Минздрава РФ,
Воронеж, Россия, e-mail: lizzzochka92@mail.ru

Введение

В отечественном здравоохранении за прошедшее десятилетие произошли позитивные масштабные преобразования с целью повышения продолжительности жизни, снижения заболеваемости и смертности, улучшения демографической ситуации в стране. Во всех регионах страны разработаны и реализуются на практике программы, направленные как на повышение качества и доступности оказания медицинской помощи, так и на совершенствование материально-технической базы учреждений здравоохранения. Особое внимание уделяется совершенствованию работы первичного звена здравоохранения – амбулаторно-поликлиническим учреждениям, которые осуществляют первичную медико-санитарную помощь. При этом, в этих новых условиях работы, вопросы деонтологии и этики изучены, по нашему мнению, недостаточно. В связи с вышеизложенным, исследование и анализ особенностей этических и деонтологических аспектов деятельности медицинских работников и пациентов городской поликлиники представляется актуальным.

Цель – проанализировать некоторые этические и деонтологические аспекты организации медицинской помощи в БУЗ ВО ВГП № 8 г. Воронежа.

Задачи.

1. Разработать оптимальные анкеты – опросники для врачей, пациентов, медицинских сестер.
2. Провести анкетирование медицинских работников поликлиники (врачей и медицинских сестер) и пациентов.
3. Провести статистическую обработку и анализ результатов исследования.
4. Сформулировать практические рекомендации.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 20 пациентов, 15 врачей и 20 медицинских сестер. Всем им, по специально разработанным анкетам, проводилось анкетирование, состоящее из 10-15 вопросов. Исследование проходило в БУЗ ВО ВГП № 8 г. Воронежа. Полученные данные статистически обрабатывались с помощью программ «Microsoft Excel» 5.0 и «Statistica» 6.0.

Результаты исследования

Согласно полученным данным, работу поликлиники в целом, отношение работников поликлиники к пациентам, профессионализм сотрудников оценили как хорошие и удовлетворительные 85%, 65% и 90% пациентов (соответственно). Условия оказания медицинской помощи, условия пребывания в поликлинике 85% и 95% опрошенных оценили высоко. Удовлетворены работой врачей и медсестер 80% пациентов. При анализе анкетирования врачей выявлено, что 87% считают, что выполняют свою работу качественно, а 40% даже перевыполняют, а организацией профессиональной деятельности удовлетворены 85% из опрошенных. В тоже время, нарушают права пациентов 23% врачей, а грубо и бестактно вести себя с пациентами, по собственному признанию, позволяя себе почти 14% врачей. Окажут помощь асоциальному человеку 93% из них, а 40% меняют отношение к пациенту в зависимости от его социального статуса.

Режим работы и заработная плата удовлетворяет 87% опрошенных врачей поликлиники. Анализ анкетирования медицинских сестер показал, что условиями труда и работой в целом удовлетворены 75% и 70% (соответственно). Для 25% не важно продвижение по службе, а для 10% – самореализация. Не нужно повышать квалификацию 5%, а 20% не нуждаются в повышении зарплаты. В то же время, 25% лишь частично выполняют свои функциональные обязанности, а 30% не знают их совсем, и 15% неуважительно относятся к пациентам.

Выводы

1. Отношением удовлетворены к ним медицинских работников и организацией работы поликлиники большинство пациентов.

2. Более 3/4 врачей довольны условиями работы и заработной платой, в то же время почти половина могут изменить отношение в зависимости от социального статуса пациента, и почти 1/4 нарушают права пациентов.

3. Медицинские сестры менее врачей удовлетворены работой, при этом 1/4 выполняет свои обязанности лишь частично, а 1/3 не знает их вовсе.

4. Полученные данные диктуют необходимость проведения психологической работы, повышения знаний среди медицинских работников по вопросам этики и деонтологии.

5. Полученные данные следует учитывать администрации БУЗ ВО ВКП № 8 при планировании и проведении учебно-теоретических, научно-практических и организационно-методических мероприятий.

ПИТАНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН КАК ПРОФИЛАКТИКА ИХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Рубан Д.Ю., Прокопцева Е.В.,
Панасенко Я.А., Утнасунов Р.Б.

*Волгоградский государственный медицинский
университет, Волгоград, Россия,
e-mail: zas-katya777@mail.ru*

Здоровье является главной ценностью, как отдельного взятого человека, так и общества в целом [1,2]. Поэтому здоровье беременных женщин постоянно находится в поле зрения исследователей [3,4,5]. Исследование стоматологического здоровья беременных до сих пор является важным и актуальным [6]. Правильное, полноценное питание – одно из важнейших условий благополучного протекания беременности и рождения крепкого, здорового ребенка. Профилактику развития стоматологических заболеваний необходимо проводить с ранних сроков беременности. Поэтому назначение полноценного рациона питания, обеспечивающего возрастающие потребности беременных, необходимо при постановке женщины на учет в женской консультации.

Материал и методы

Мы провели анкетирование рациона питания 40 беременных женщин. Анкеты включали в себя вопросы о повседневном питании женщин.

Результаты исследования

Анкетирование беременных показало, что большинство женщин получает рекомендации по питанию в женских консультациях. Однако всего 40% женщин следуют этим назначениям. Основная часть беременных причиной не соблюдения рекомендаций назвала отсутствие достаточного количества финансов. По сравнению с обычным рационом пищи беременной женщины должна содержать существенно больше белков, витаминов и микроэлементов. Белков

необходимо употреблять 100 грамм в сутки в первой половине беременности и 120 грамм – во второй. Половину из них должны составлять животные белки. Белок в составе таких продуктов как молоко, печень, сердце, птица, яйца и телятина употребляют 35,2% беременных. Употребление жиров должно составлять около 80 грамм в сутки, в том числе растительных – 15-30 грамм. Жиры, содержащиеся в твороге, сметане, сливках, сыре вводили в своё питание 31,5% респондентов, в растительных маслах 47,1%. Комбиджир, маргарин, сало, заменители сливочного масла употребляли в пищу 15% анкетированных. Углеводов рекомендуется употреблять в среднем 350 грамм в сутки в первой половине беременности и 400 – во второй. Углеводы в виде темного хлеба отметили в анкете 15% женщин; круп – 34,3%, фруктов – 56,1%, овощей – 41,3%. На употребление в пищу «плохих» углеводов – сахара и сладостей, белого хлеба, булочек, макарон и кондитерских изделий указало 70% опрошенных. Из них 45,1% респондентов в основном употребляют белый сахар, 4% тростниковый; в рационе у 9,2% преобладает мед.

Важным аспектом сбалансированности рациона питания беременной женщины служит достаточное содержание в меню витаминов и минералов [7]. На вопрос «Назначали ли Вам поливитаминные препараты» 100% респондентов отвечали положительно. На вопрос «Купили ли Вы поливитаминный препарат» положительно ответили 48% женщин.

Таким образом, беседы с беременными женщинами о правильном питании во время беременности как профилактике стоматологических заболеваний, до сих пор являются важными и необходимыми. Необходимо индивидуально подходить к рекомендациям питания учитывая социальный статус, образ жизни, характер питания женщин до беременности.

Список литературы

1. Цырюльникова А.А., Крюкова А.В., Денисенко Л.Н. Стоматологический статус студентов // Успехи современного естествознания. – 2014. – № 6. – С. 120-121.
2. Крюкова А.В., Осипов А.Е., Денисенко Л.Н. Стоматологическое здоровье студентов // Успехи современного естествознания. – 2013. – № 9. – С. 54.
3. Денисенко Л.Н., Деревянченко С.П., Колесова Т.В. Стоматологическое здоровье беременных женщин // Здоровье и образование в XXI веке. – 2012. – Т. 14, № 2. – С. 147.
4. Косенко И.Б., Шарафутдинова Н.Х. Социально-гигиенические аспекты стоматологических заболеваний среди беременных женщин // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2009. – № 4. – С. 444-447.
5. Денисенко Л.Н., Данилина Т.Ф., Ткаченко Л.В., Касибина А.Ф., Данилина Е.В. Влияние железодефицитной анемии на состояние полости рта беременных женщин // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2007. – № 3. – С. 45.
6. Денисенко Л.Н. Влияние железодефицитной анемии на состояние полости рта беременных женщин: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Волгоград: Волгоградский государственный медицинский университет, 2007.
7. Спиричев В.Б., Шатнюк Л.Н., Позняковский В.М. Обогащение пищевых продуктов витаминами и минеральными веществами. – Новосибирск. 2004. – 548 с.

ТЕЧЕНИЕ

КОСТНО-СУСТАВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

Саввина Л.Э., Гуляева Н.А.

*Северо-Восточный федеральный университет
им. М.К. Аммосова, Медицинский институт,
Якутск, Россия, e-mail: lubasavina96@mail.ru*

В последнее десятилетие в Российской Федерации, в том числе и в Республике Саха (Якутия), наблюдалось неуклонное снижение заболеваемости туберкулезом внегочных локализаций (ТВЛ). Кроме того, снижался и удельный вес внегочных форм туберкулеза в структуре заболеваемости туберкуле-

зом. Так, за 9 лет показатель заболеваемости туберкулеза внелегочных локализаций в РФ снизился на 28%. Если в 2002 г. он был на уровне 3,2 на 100 т населения, то в 2010 г. – уже 2,5 [3]. При этом снижение показателей заболеваемости ТВЛ идет за счет всех локализаций, за исключением туберкулеза костей и суставов. Время установления диагноза составляет в среднем 12,3 месяцев с момента появления первых симптомов заболевания. Возрос удельный вес прогрессирующих артритов, субтотальных тотальных форм поражения сустава (33,3 и 8,9% наблюдений соответственно). Общая лекарственная устойчивость возбудителя к основным антибактериальным препаратам достигла 64,3%. 72,6% пациентов имеют сопутствующую соматическую патологию. [2]

В РС(Я) показатель заболеваемости ТВЛ также менялся в сторону снижения: 6,3 на 100 т. населения в 2002 г., 4,9 в 2006 г., 4,4 в 2011 г.; удельный вес ТВЛ в структуре заболеваемости туберкулезом составил 8,9% в 2002 году и 5,9% в 2011 [4]. Необходимо отметить, что в РС(Я), так же как и в РФ, заболеваемость костно-суставным туберкулёзом (КСТ) не снизилась, а несколько возросла на фоне снижения заболеваемости другими локализациями ТВЛ. Если в 80-90-е гг. прошлого столетия КСТ в структуре внелегочных форм туберкулёза занимал III место по частоте выявления, то в настоящее время в Якутии он стабильно занимает I место. [3]

Целью данного исследования является изучение особенностей течения туберкулеза костей и суставов в Якутии.

Материалы и методы

Был проведен ретроспективный анализ историй болезни 50 больных с костно-суставными формами туберкулеза, прошедших лечение во внелегочном отделении ГБУ РС(Я) НПЦ «Физиатрия» с 2010-2013 гг.

Результаты исследования

При изучении социальных факторов риска: по гендерному признаку было выявлено, что мужчины и женщины страдают костно-суставным туберкулезом одинаково часто (48% и 52% соответственно). Анализ данных пациентов по возрасту выявил, что наибольший процент заболевших костно-суставным туберкулезом встречается в возрасте от 51 до 61 года (46,2%) и меньше всех пациентов оказалось молодого возраста – 18-28 лет (9,2%). При изучении места жительства больных выявлено, что среди пациентов в 54% случаях встречаются сельские жители, городские составили 46%.

Изучение жилищных условий больных с костно-суставным туберкулёзом выявило, что 43% пациентов проживают в благоустроенных квартирах, 53% в частично-благоустроенном жилье, и лишь по 2% составляют больные, живущие в неблагоустроенных домах и не имеющие жилья.

При изучении наличия вредных привычек установлено, что вредные привычки имелись у 42% больных, из них курящие составили 26%, употребляющие алкоголь 16% пациентов.

Результаты исследования социального статуса больных представленные на рисунке 1 выявили, что наибольший процент заболевших составили работающие пенсионеры.

Из рисунка 2 следует, что наиболее распространенной формой КСТ является туберкулезный спондилит в 52% случаях, туберкулезный коксит составил 20%. Нужно отметить, что за 2010-2013 гг., впервые выявили туберкулез костей и суставов у 53% больных.



Рис. 1. Распределение больных по социальному статусу (в %)

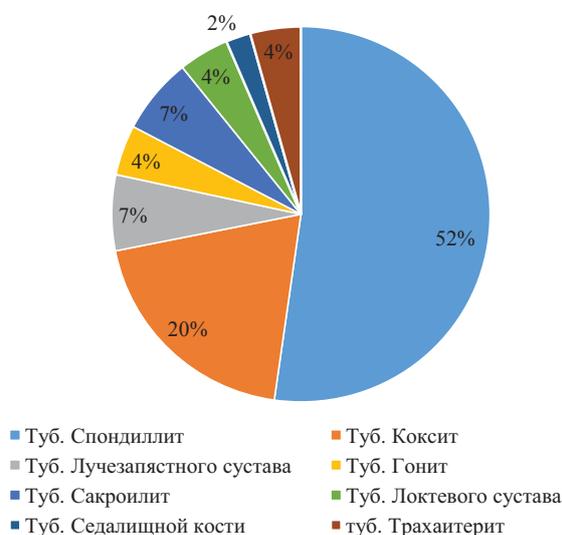


Рис. 2. Клинические формы костно-суставного туберкулеза

При анализе наличия контакта с больным туберкулезом настораживает тот факт, что у 68% больных контакт с больным туберкулезом не установлен. Данный показатель свидетельствует о скрытом резервуаре инфекции, неизвестном противотуберкулёзному диспансеру. В 14% случаях костно-суставной туберкулёз развивался при профессиональном контакте.

При поступлении в стационар пациенты жаловались на ноющие боли, усиливающиеся при физической нагрузке в месте поражения туберкулезом в 90% случаях, ограничение движения в поражённом участке у 24% больных, слабость отмечали 14% пациентов, и у 10% жалоб не было. Локализация боли у больных с туберкулёзным спондилитом соответствовала уровню поражения позвонков позвоночного столба, в 27% случаях боли беспокоили в поясничном отделе, по 8% в грудном и в шейном отделе. У пациентов с поражением суставов в 30% были зафиксированы в тазобедренном суставе. И как следствие пациенты в 90% случаях обращались за помощью самостоятельно, и только в 10% на профилактических осмотрах.

При изучении сопутствующих заболеваний у больных с костно-суставным туберкулезом было выявлено, что 36% пациентов страдают гипертонической болезнью, в 22% – ишемической болезнью сердца и в 18% – хроническим гастритом. Это объясняет

ся, по видимому, тем, что костно-суставными формами туберкулеза заболевают люди от 51 до 61 года в 46,2%.

Осложнения основного туберкулёзного процесса у больных встречались в 45% случаях. При изучении осложнений костно-суставного туберкулёза было выявлено, что в 36% это были натечные абсцессы, в 9% компрессия спинного мозга, у 55% пациентов осложнения отсутствовали.

В 45% случаях больные получили оперативное лечение, а 55% пациентов получили лечение по стандартным режимам химиотерапии без хирургического вмешательства, в эту же группу вошли больные имеющие противопоказания к хирургическому лечению, а также пациенты, отказавшиеся от операции по различным причинам.

У каждого пациента время начало положительной динамики туберкулёзного процесса индивидуально и зависит от множества факторов (возраста, своевременно поставленного диагноза, степени тяжести заболевания, имеющихся осложнений, наличия сопутствующих заболеваний, приверженности больного к лечению и переносимостью противотуберкулёзных препаратов) и составило от 2 до 12 месяцев. Положительная динамика выявлена через 2 месяца у 25% больных, через 8 месяцев у 29%, через 12 месяцев у 13%. В 71% случаях больные были признаны инвалидами 2 группы вследствие туберкулёзного процесса.

Таким образом, особенностями течения туберкулёза костей и суставов являются: возраст больных в 46,2%, болеют люди в возрасте от 51 до 61 года, частая локализация поражения – позвоночник, туберкулёзный спондилит встречается в 52% случаях, в 27% поражается поясничная отдел позвоночника. Лечение костно-суставного туберкулёза осуществлялось хирургическим путём в 45% случаях на фоне проводимой туберкулостатической терапии. Несмотря на проводимое лечение, инвалидность развивается у 71% больных.

Рекомендации

1. Повышение настороженности врачей общей лечебной сети к больным в возрасте от 51 до 61 года, проводить профилактические осмотры 2 раза в год на туберкулез.

2. Повышение квалификации врачей общей лечебной сети: проведение ежегодных семинаров по диагностике костно-суставного туберкулеза, разбор случаев запущенных форм костно-суставного туберкулеза, приводящих к глубокой инвалидизации больных.

Список литературы

1. Внелегочный туберкулез: руководство для врачей / под ред. профессора А.В. Васильева. – СПб., 2000.
2. Кошечкин В.А., Иванов З.А. Туберкулез: Tuberculosis: учебное пособие. – М.: Издательская группа ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 276 с.
3. Павлов Л.А., Тордуин С.С., Слепцов М.В. Внедрение новых методов диагностики и лечения больных туберкулёзным кокситом в ГБУ РС(Я) НППЦ «Фтизиатрия» // Якутский медицинский журнал. – 2013. – №1(41). – С. 89-91.
4. Яковлева Л.П., Кондратьева М.Н. Статистический сборник эпидемиологических показателей по туберкулезу РС (Я) / МЗ РС (Я) ГУ НППЦ Фтизиатрия. – Якутск, 2013.

РАЗРАБОТКА СИМУЛЯТОРА ДЛЯ ОТРАБОТКИ МАНУАЛЬНЫХ НАВЫКОВ В ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКЕ

Сазонова В.Д., Шамрай Е.А.

*Саратовский государственный медицинский университет
имени В.И. Разумовского, Саратов, Россия
Северный (Арктический) федеральный университет
имени М.В. Ломоносова, Архангельск, Россия,
e-mail: Nikoletta.93@mail.ru*

Одним из главных компонентов системы подготовки студентов лечебных факультетов и врачей-хи-

рургов высокого класса является разработка тренажерных средств и методики их применения, обеспечивающих диагностику, контроль и развитие необходимых сторон подготовленности занимающихся. В настоящее время разработано множество приложений различных медицинских тренажеров, позволяющих имитировать хирургические операции с высокой степенью достоверности, при этом области применения тренажерных технологий постоянно расширяются [3].

В современных тренажерах и программах обучения студентов закладываются принципы развития практических навыков с одновременной теоретической подготовкой. Следует отметить, что реализация такого подхода стала возможна в связи с прогрессивным развитием электронно-вычислительной техники, систем визуализации и 3D-моделирования органов [2].

Метод моделирования имеет ряд преимуществ перед обучением непосредственно в процессе клинической практики:

- можно создавать ситуации с заданными параметрами и ставить перед обучающимся структурированные, поэтапно выполняемые задачи;
- при совершении ошибок отсутствует опасность для пациента и для персонала;
- возможны полное «погружение» обучаемого в выполнение задания, осмысление собственных действий [1].

За последние годы на рынке медицинской техники появилось достаточное количество тренажеров зарубежного производства, цены на подобные симуляторы довольно высоки.

С 2012 г. на кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии СГМУ ведется работа по созданию деталей эндоскопического тренажера, который можно использовать для обучения и отработки малоинвазивных манипуляций врачами-хирургами. Тренажер представляет собой модель брюшной полости с внутренними органами, которые предполагается многократно использовать и заменять в процессе освоения мануальных навыков.

Первый этап работы состоял в поиске материалов для создания искусственного кожного покрова, близкого по тактильным характеристикам к человеческой коже, также была поставлена цель: найти форму, которая бы повторяла изгибы человеческого тела и могла бы использоваться в качестве фантома, имитирующего брюшную полость.

При поиске материалов для создания искусственной кожи были выбраны силиконовые составы различных классификаций и композитных характеристик, затем была проведена серия экспериментов по проверке и сравнению упруго прочностных характеристик искусственной кожи и нативных кожных покровов (трупного материала).

Для оценки упруго-прочностных характеристик биологического материала нами были использованы образцы кожи толщиной 1 мм, шириной 1,5 см и длиной 5 см., которые выполняли роль контроля для сравнения с искусственными аналогами.

С целью имитации кожных покровов нами использована силиконовая резина марки «МОЛД 2100ПА». Упруго-прочностные характеристики силиконовой резины «МОЛД 2100 ПА» представлены в таблице 1.

Экспериментальное растяжение контрольных и опытных образцов производили на разрывной машине в лаборатории по изучению механических свойств материалов.

Таблица 1
Характеристика силиконовой резины
«МОЛД 2100ПА»

Характеристика	Номинальное значение
Время отверждения, ч	24
Условная прочность при растяжении до разрыва, МПа	1,8 – 2,2
Относительное удлинение при разрыве, %	80
Вязкость, СТ	25000
Твердость по Шору	30
Линейная усадка, %	0,6 – 0,8
Термостойкость при продолжительном нагреве, °С	200

Разрывная машина состоит из зажимов, в которых фиксируется исследуемый объект и тензометрического датчика, состоящего из пружины и масштабной линейки, которая регистрирует нагрузку в зависимости от степени удлинения образца (рис. 1).

На начальной стадии растяжения зависимость между нагрузкой и удлинением линейная и подчиняется закону Гука, при этом образец испытывает упругую деформацию (рис. 2).

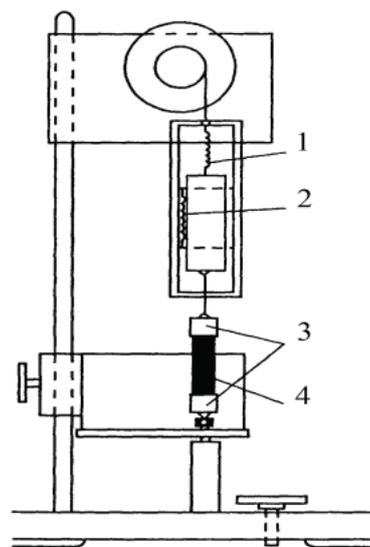


Рис. 1. Схема разрывной машины для испытания биологических образцов на линейное растяжение

Примечание: 1 – пружина; 2 – масштабные линейки; 3 – зажимы, 4 – образец

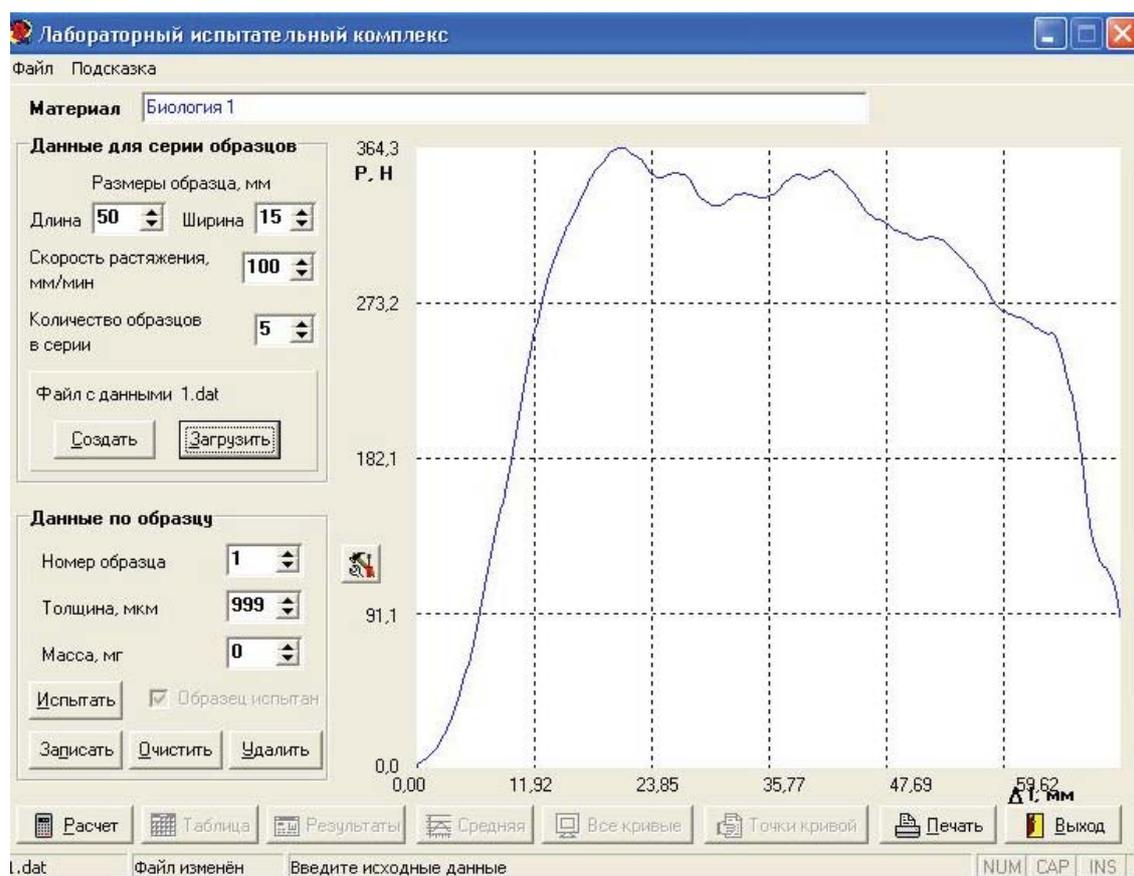


Рис. 2. Динамика упруго-прочностных характеристик образцов искусственной кожи

Затем рассматриваемая зависимость приобретает нелинейный характер, т.е. рост деформации происходит без заметного роста нагрузки. Наблюдаемое явление получило название текучести. На диаграмме этому явлению соответствует горизонтальный участок.

При дальнейшем увеличении нагрузки биологический материал вновь начинает ей сопротивляться (стадия упрочнения). До момента достижения точки С на диаграмме, которой соответствует максимальная нагрузка P_{max} , деформация как продольная, так и поперечная, нарастают равномерно. При этом полная деформация в каждый момент времени складывается из упругой и остаточной, что может быть обнаружено при разгрузке образца, например, в точке S. Отрезок LM соответствует упругой исчезающей деформации, OL – остаточной деформации. Линия разгрузки SL параллельна первоначальному участку OA диаграммы.

При достижении максимальной нагрузки P_{max} , деформация локализуется в одном месте образца (ослабленном сечении) и образуется местное сужение поперечного сечения (шейка).

В случае испытания контрольного образца нативной кожи, разрыва не произошло, исходя из того, что исследуемый образец был по упруго прочностным характеристикам гораздо выше той нагрузки, которую можно было приложить с помощью аппарата.

Таким образом, в результате эксперимента было установлено, что силиконовая резина «МОЛД 2100ПА» применима для создания модели кожного покрова брюшной полости.

Для создания фантома, имитирующего брюшную полость, был взят пластмассовый манекен верхней части туловища молодого мужчины, на поверхность которого наносился композит выбранного материала, который повторяя контуры тела, давал эффект кожного покрова. Данный эффект был достигнут за счёт особой технологии: на пищевую плёнку тонким слоем наливали композит, при застывании которого на 40% (в течение 10 часов), плёнку с силиконовой резиной перемещали на манекен таким образом, чтобы материал оказался посередине между плёнкой и торсом. Далее плёнку фиксировали на манекене путём наложения жгута в области ключиц и в паховой области. После полного застывания материала (24 часа), плёнку снимали, оставляя на манекене слой застывшего полимера, который при сцеплении с пластмассой даёт эффект цельного покрытия. Полученный экспериментальный образец фантома представлен на рисунке 3.

Следует отметить, что область передней брюшной стенки манекена от уровня реберной дуги по передней подмышечной линии до подвздошных остей аккуратно выпиливали ножовкой для создания эффекта эластичности кожных покровов. Для приближения условий выполнения эндоскопических операций к реальным (наложение пневмоперитонеума) нами предусмотрена система подачи воздуха в имитируемую брюшную полость.

Отработка эндохирургических манипуляций на нашем тренажере осуществляется с помощью эндоскопических инструментов, введение которых в его корпус производится через систему клапанов, расположенных на передней стенке. С помощью этих клапанов производят различные манипуляции, контролируя свои действия через видеомонитор. Для передачи изображения из корпуса тренажера на видеомонитор в нем предусмотрено наличие видеокамеры, в которую вмонтирован светодиод, позволяющий освещать осматриваемую поверхность.



Рис. 3. Экспериментальная модель фантома

Далее в полость фантома предполагается поместить пенополиуретановый герметик, имитирующий позвоночный столб, затем на него соответственно будет уложена поролоновая прокладка, имитирующая заднюю брюшную стенку, далее на неё будут прикрепляться органы брюшной полости.

Внешний вид полученных моделей органов и их расположение в корпусе разработанного медицинского механического тренажера представлен на рис. 4.



Рис. 4. Внешний вид моделей органов брюшной полости человека

На следующем этапе предполагается разработать модели искусственных внутренних органов на основе выбранных материалов с применением красителей, имитирующих цвет органов брюшной полости.

Список литературы

1. Балкизов З.З. Непрерывное медицинское образование: применение симуляционных технологий в ЛПУ // Здравоохранение. – 2011. – №10. – С. 44-49.
2. Борисов А.Е. Пути совершенствования обучения эндохирургии / А.Е. Борисов, Л.А. Левин, С.Е. Митин, С.И. Пешехонов // Виртуальные технологии в медицине. – М.: Изд-во: МЕДСИМ, 2009. – С. 27-28.
3. Васильев М.В. Результаты применения компьютерных симуляторов в процессе обучения хирургов / М.В. Васильев, А.И. Черепанин, Е.А. Безруков, Н.А. Краснова, Л.Б. Шубина // Актуальные вопросы эндохирургической хирургии. – М., 2010. – С. 14-17.

**ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ
НЕЙРОМЫШЕЧНЫХ КАПП
ПРИ ЗАНЯТИЯХ СПОРТОМ**

Степанов В.А., Рузиева А.Р., Любименко А.С., Белянская А.О.
ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский
университет», Волгоград, Россия,
e-mail: arch-100590@rambler.ru

Введение

В современном обществе наметилась тенденция к быстрому увеличению количества людей, активно занимающихся различными видами спорта. В то же время растет популярность современных экстремальных видов спорта, что ведет к значительному увеличению случаев травм.

Спортивная каппа является неотъемлемым атрибутом каждого спортсмена, но учитывая все ее недостатки, профессиональные спортсмены все чаще стали использовать «нейромышечные каппы».

Цель исследования – обосновать использование нейромышечной каппы, повышающей уровень защиты черепно-лицевой области при занятиях спортом.

Материалы исследований

Для достижения цели были проанализированы доступные литературные источники по данной тематике.

Результаты и их обсуждение

Высокотехнологичная спортивная каппа изготавливается по принципу нейромышечной стоматологии, согласно которому оптимальная позиция нижней челюсти достигается за счет расслабления мышц шеи, лица и челюстей. Состояние полной мышечной релаксации добиваются с помощью чрескожного электростимулятора «Мио-монитор Tens-J5» (США), который позволяет расслабить черепно-челюстно-шейный мышечный комплекс в позиции оптимального соотношения челюстей.

При изготовлении такой каппы требуется учитывать взаиморасположение верхних шейных позвонков, соотношение суставной головки, диска и суставной впадины височно-нижнечелюстного сустава [3].

Выводы

Преимущества использования спортсменами «нейромышечных» капп заключается в более надежной защите черепно-лицевой области. Она препятствует воздействию критической стрессовой нагрузки, а также влияет на оптимизацию осанки и состояние дыхательных путей, что позволяет спортсмену перенаправить поток энергии, увеличив силу всего мышечного каркаса на 30% и достичь более высоких спортивных результатов [1,2].

Список литературы

1. Шемонаев В.И., Климова Т.Н., Тимачева Т.Б. Применение окклюзионных шин с усиленными протективными свойствами // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2013. – Т.9, № 3. – С. 490-491.
2. Шемонаев В.И., Климова Т.Н., Тимачева Т.Б., Осокин А.В., Степанов В.А. Сплит-терапия в комплексном лечении пациентов с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава, обусловленной патологией окклюзии // Современная ортопедическая стоматология. – 2014. – № 21. – С. 20-23.
3. Norman R. Thomas. Нейромышечная концепция в стоматологии. Часть III // Dental Market. – 2013. – №2. – С. 80-82.

**СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА
И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

Стяжкина С.Н., Бекмачева Е.С., Грузда А.М.

Ижевская государственная медицинская академия,
Ижевск, Россия, e-mail: sasha_gru@list.ru

Язвенная болезнь относится к наиболее распространенным заболеваниям пищеварительной системы.

За последние 15-20 лет в РФ более чем в 2,5 раза возросло число больных с осложнениями язвенной болезни. Это еще раз указывает на то, что данная патология является актуальной и требует глубокого анализа.

Цель: пронаблюдать общие закономерности течения и характера язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и провести статистическое исследование.

Материал и методы исследования: проведен ретроспективный анализ 40 историй болезни пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, подвергшихся оперативному и консервативному лечению на базе БУЗ 1РКБ МЗ УР за 2014 г.

Результаты исследования: было выявлено, что язва желудка и двенадцатиперстной кишки поражает людей в наиболее активном возрасте. Среди них: женщины – 10,7% больных, мужчины-89%. Средний возраст больных составил 48,3 года. Продолжительность язвенного анамнеза – 3,5±1,2 года. Консервативное лечение получили – 93,8%, оперативное-4%. Установлены следующие основные закономерности: в подавляющем числе случаев, заболевшие – трудоспособные мужчины в возрасте от 45 до 55 лет с клиникой, соответствующей литературным данным. При изучении показателей крови: повышение СОЭ, высокий лейкоцитоз. Из исследуемых больных оперативному вмешательству подверглись 6,2%. При консервативных методах лечения были использованы препараты противоязвенного ряда, инфузионная терапия, гемостатики, витаминотерапия. Данное исследование доказывает, что для успешного прогнозирования течения и дальнейших осложнений язвенной болезни следует учитывать наличие факторов риска.

Список литературы

1. Сотников В.Н., Дубинская Т.К., Разживина А.А. Эндоскопическая диагностика острых кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта: учебное пособие. – М.: РМАПО, 2000. – 24 с.
2. Кузин М.И. Хирургические болезни. – М.: Медицина, 2002.

**ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ФИТОПРЕПАРАТОВ,
СОДЕРЖАЩИХ ЭКСТРАКТ ЗВЕРБОЯ,
С ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ**

Бойко С.А., Сущенко А.А., Пятых Е.А.

Балтийский федеральный университет
имени Иммануила Канта, Калининград, Россия,
e-mail: corvusbsa@gmail.com

В последние годы отмечается неуклонный рост потребления фитопрепаратов. Применение фитопрепаратов за последнее время выросло более чем на 30% [4, 8].

Согласно данным исследования «Здоровье нации 2005», в России фитопрепараты применяют более 65% населения [4]. По данным исследований, порядка 20-30% населения одновременно принимают как фитопрепарат, так и лекарственное средство [7].

Большинство из этих препаратов влияют на метаболизм изоферментов цитохрома P450 и на транспортеры лекарств (гликопротеин-P и др.), выступая в роли их индукторов или ингибиторов.

Цитохром P450 (CYP) – представляет собой группу ферментов, осуществляющих метаболизм ЛС и других ксенобиотиков, а также участвующих в синтезе стероидных гормонов, холестерина, желчных кислот, простаноидов (тромбоксана A2, простаглицлина 12). CYP P450 является гемопротеином. В восстановленной форме он связывает монооксид углерода с образованием комплекса с максимальным поглощением света при длине волны 450 нм. CYP P450 метаболизирует реакции I фазы биотрансформации (окисления). Основные изоферменты в данном случае: 1) CYP3A4; 2) CYP2D6; 3) CYP2C9; 4) CYP2C19; 5) CYP2E1 [3].

При совместном приеме определенных фитопрепаратов и лекарственных средств, метаболизируемых СУР Р450, может наблюдаться как относительная передозировка, так и снижение терапевтического эффекта. Наиболее частым компонентом травяных сборов является зверобой.

По данным сети аптек «Новая Аптека», годовой товарооборот препаратов, содержащих экстракт зверобоя, за 2014 год составил 2% (более 500 тыс. руб.).

Экстракт зверобоя является индуктором СУР3А4 и СУР1А2 (только у женщин) [12]. Предполагают, что способность зверобоя индуцировать СУР3А4 связана с содержащимся в нем гиперфоринном, который, являясь лигандом внутриклеточного Х-рецептора прегна-на, проникает в ядро клетки и стимулирует экспрессию гена *СУР3А4* [9]. При одновременном приеме этого фитопрепарата с мидазоломом (маркерный субстрат СУР3А4) экстракт зверобоя в большей степени будет снижать уровень мидазолама в крови при введении последнего внутрь, чем внутривенно [11].

По некоторым данным, индуцирующая способность экстракта зверобоя по отношению к СУР3А4 сопоставима с так называемым универсальным индуктором микросомального окисления рифампицином [5]. Также экстракт зверобоя снижает эффективность контрацептивных средств, симвастина, циклоспорина более чем на 50%. Управление по контролю за лекарствами и пищевыми продуктами США в своей директиве, выпущенной в феврале 2000 г., указывает, что «не рекомендуется совместное применение экстракта зверобоя с контрацептивными препаратами для приема внутрь, селективными ингибиторами обратного захвата серотонина и ингибиторами ВИЧ-протеиназы» [6].

Было выявлено влияние зверобоя обыкновенного на варфарин, верапамил, статины, дигоксин и препараты антиретровирусной терапии [1].

Экстракт зверобоя является индуктором гликопротеина-Р – белка-транспортера, обеспечивающего выведение липофильных ксенобиотиков и ряда биобактерицидов из клеток и как следствие защиту организма от действия лекарственных и токсических веществ.

Можно предположить снижение эффективности индинавира и саквинавира у больных ВИЧ-инфекцией, так как они являются субстратами гликопротеина-Р [10].

На наш взгляд, проблема эффективности и безопасности совместного приема лекарственных средств и фитопрепаратов должна решаться комплексно. Во-первых, необходимо повысить информированность врачей и пациентов о неблагоприятных взаимодействиях. Во-вторых, следует улучшить систему экспертизы фитопрепаратов и на предмет нежелательных фармакологических взаимодействий с лекарственными препаратами. При назначении или прекращении приема лекарственных средств врачу следует учитывать возможное взаимодействие с фитопрепаратами, информировать пациента о побочных реакциях и снижении (повышении) терапевтического эффекта, а также заносить эти данные в амбулаторную карту.

Список литературы

1. Журнал «Провизор». – 2008. – Вып. 13-14. – 8 июля.
2. Исследование «Здоровье нации 2005», www.rdeuropehealth.com
3. Кукес В.Г. Метаболизм лекарственных средств: клинико-фармакологические аспекты. – М.: Реафарм, 2004.
4. Anon, 2005. Dietary Supplements: Safe, Beneficial and Regulated. Council for Responsible Nutrition. <http://www.crnusa.org/CRNRegQanda.html>. Accessed February 2, 2005.
5. Gorski J.C., Hamman M.A., Wang Z., Vasavada N., Huang S., Hall S.D. // Clin. Pharmacol. Ther. – 2002. – № 71. – P. 25.
6. Guerra M.C., Speroni E., Broccoli M., et al. // Life Sci. – 2000. – Nov. 3. – № 67(24). – P. 2997-3006.
7. Izzo A.A., Ernst E. // Drugs. – 2001. – № 61. – P. 2163-2175.

8. Kaufman D.W., Kelly J.P., Rosenberg L., Anderson T.E., Mitchell A.A. // JAMA. – 2004. – № 287. – P. 337-344.

9. Moore L.B., Goodwin B., Jones S.A., Wisely G.B., Serabjit-Singh C.J., Willson T.M. et al. // Proc. Natl. Acad. Sci. USA. – 2000. – № 97. – P. 7500-7502.

10. Piscitelli S.C., Burstein A.H., Chait D., Alfaro R.M., Falloon J. // Lancet. – 2000. – № 355. – P. 547-548.

11. Smith M., Lin K., Zheng Y., et al. // Clin. Pharmacol. Ther. – 2001. Feb. – № 69(2). – Abstract PIII-89.

12. Wang Z., Gorski J.C., Hamman M.A., Huang S., Lesko L.J., Hall S.D. // Ibid. – 2001. – № 70. – P. 317-326.

ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИИ

Тетькина А.Н., Лекомцева Н.П.

ГБОУ ВПО Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск, Россия, e-mail: altgir192@gmail.com

Эндокринная офтальмопатия (ЭОП) является прогрессирующим заболеванием мягких тканей орбиты, в основе которого лежит иммуномедиаторное воспаление экстраокулярных мышц и орбитальной клетчатки, развивающееся преимущественно при диффузном токсическом зобе (ДТЗ). В течении ЭОП выделяют активную (раннюю) фазу и неактивную (выгоревшую). Активная фаза характеризуется преобладанием процессов клеточной инфильтрации и отека. Изменения периорбитальных тканей в данной фазе ЭОП являются обратимыми. В неактивную фазу характерно разрастание соединительной ткани (фиброз), которое практически необратимо. Клинические проявления ЭОП в значительной степени ухудшают качество жизни больных.

Цель. Обосновать значение методов ультразвукового исследования для диагностики эндокринной офтальмопатии.

Задачи. Выяснить половозрастную структуру ЭОП, изучить эхографическую картину ЭОП и её связь с данными экзофтальмометрии.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе РОКБ МЗ УР. Проведен ретроспективный анализ 42 амбулаторных карт пациентов (84 глаза) с диагнозом «диффузный токсический зоб», направленных на верификацию сопутствующего диагноза «эндокринная офтальмопатия». Среди обследованных было 15 мужчин и 27 женщин в возрасте от 30 до 61 года. Состояние глаз оценивали путем наружного осмотра и экзофтальмометрии. Все пациенты прошли ультразвуковое исследование на аппарате Accutome B-ScanPlus (США) с оценкой состояния экстраокулярных мышц.

Результаты исследования

Из 42 пациентов доля мужчин составила 35,71% (15 пациентов), женщин – 64,29% (27 пациентов). Средний возраст больных с ЭОП составил 46,85±1,39 лет, средний возраст женщин составил 52,85±3,05 лет, мужчин – 39,83±3,0 лет (p<0,05). У всех пациентов с ДТЗ, в том числе с субклиническим течением ЭОП, было выявлено утолщение экстраокулярных мышц от 4,95 до 7,5 мм (нормальная толщина до 4 мм), свидетельствующее о поражении глазодвигательных мышц с развитием эндокринной миопатии. Наиболее выраженные изменения наблюдались в прямой верхней (6,56±0,08 мм; p<0,05) и прямой медиальной мышцах (6,38±0,05 мм; p<0,05) глаза. Проведен корреляционный анализ между средней толщиной экстраокулярных мышц и степенью ЭОП, установленной на основании экзофтальмометрии и клинических данных. Выявлена прямая сильная связь (коэффициент корреляции 0,83), что позволяет подтверждать степень ЭОП данными эхографических исследований (рис. 1).

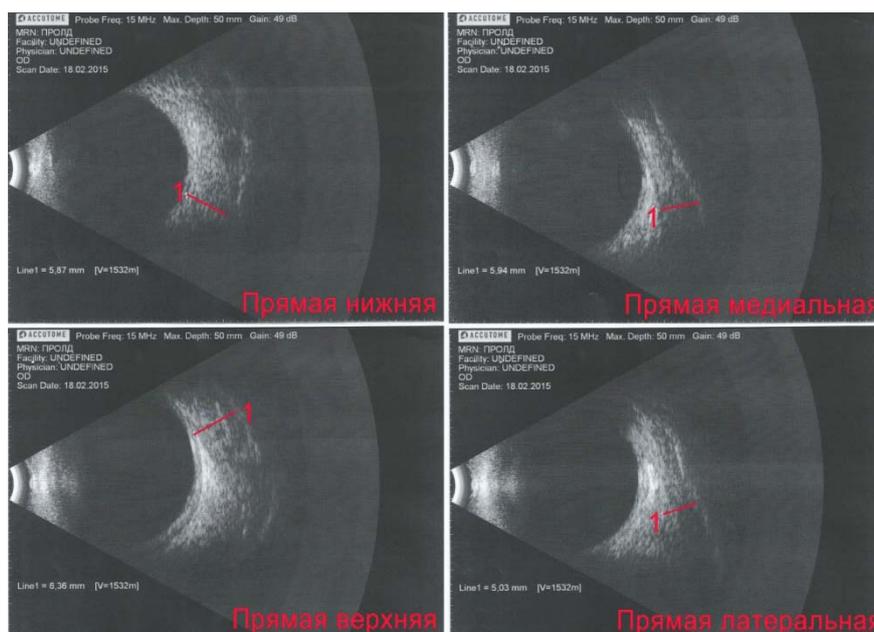


Рис. 1. Эхографическое изображение экстраокулярных мышц правого глаза пациента с ЭОП I ст. Линия 1 – толщина мышцы, мм

Выводы

Таким образом, ЭОП развивается наиболее часто у лиц трудоспособного возраста, приводя к снижению качества жизни пациентов. Так как лечение ЭОП наиболее эффективно на ранних стадиях заболевания, до развития необратимых изменений, необходима своевременная, высокочувствительная диагностика, не требующая больших материальных затрат и технической базы. Указанным требованиям полностью отвечает эхография глазного яблока и периорбитальных тканей. Данный метод отличается высокой чувствительностью, позволяет выявить начальные признаки ЭОП уже на ранних стадиях заболевания, до развития клинических проявлений.

Список литературы

1. Бровкина А.Ф. Эндокринная офтальмопатия. – М.: Гэотар-Медиа, 2004. – 176 с.
2. Виноградская О.И., Липатов Д.В., Фадеев В.В. Эндокринная офтальмопатия: современные представления // Офтальмология. – 2009. – № 2(6). – С. 5-10.
3. Заривчакский М.Ф., Стяжкина С.Н. Избранные страницы хирургической тиреологрии: монография. – Пермь-Ижевск, 2011. – 216 с.
4. Набиев А.М. Значение эхографических исследований при определении эффективности лечения эндокринной офтальмопатии / А.М. Набиев, М.И. Ходжензарова // Клиническая офтальмология. Глаукома. – 2011. – №2. – С. 70-73.

ОЧЕРКИ ГЕНДЕРНОЙ МЕДИЦИНЫ: ВЗГЛЯД КЛИНИЦИСТА НА ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ОСНОВНЫХ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Титов Е.А., Губанова Г.В., Рябошапка А.И.

ГБОУ ВПО Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, Саратов, Россия,
e-mail: elzagu@yandex.ru

Актуальность: гендерная медицина в последние годы привлекает все более пристальное внимание. Причем, акцент делается на особенности течения и лечения заболеваний у мужчин и женщин. Однако, большинство работ посвящено проблемам женского здоровья.

Целью настоящей работы явилось изучение по данным литературы вопросов тактики ведения и про-

филактики основных неинфекционных заболеваний в различных возрастных группах мужчин.

Продолжительность жизни у мужчин меньше, чем у женщин на 13 лет. Как известно, это обусловлено на две трети генетическими факторами и на одну треть – нездоровым образом жизни мужчин (1). Уже подростковый период, обычно продолжающийся с 12 до 18 лет, у мальчиков сопровождается значительными психическими изменениями и развитием различных патологических состояний. Подростки-мальчики требуют от врача особого внимания. Доктор должен не только заниматься лечением, но и вместе с родителями участвовать в воспитательном процессе детей.

Мужчины, уже начиная с пубертатного возраста, подхлестываемые всплеском уровня тестостерона, чаще идут на риск, чем женщины, чаще занимаются экстремальными видами спорта, их смертность от несчастных случаев в три раза выше, чем у женщин. У мужчин больше специфических ортопедических проблем, связанных с несчастными случаями в спорте. Только в возрасте от 30 до 50 лет степень риска смерти женщин сравнима с таковой среди мужчин. В этом возрастном интервале начинают сказываться последствия нездорового образа жизни мужчин – курения, гиподинамии, нездорового питания, и как следствие этого появляется избыточный вес. Мужчины реже обращаются к врачам с целью профилактики, и только в возрасте старше 75 лет имеют шансы на равную с женщинами продолжительность жизни.

Основные факторы риска хронических неинфекционных заболеваний по большей части являются схожими как для мужчин, так и для женщин. При этом среди факторов, влияющих на здоровье человека, на образ жизни приходится 50-55%, в то время как на работу учреждений здравоохранения – 10%, наследственность – 20%, экологическую обстановку – 20%.

Все факторы риска принято разделять на две подгруппы: немодифицируемые, воздействовать на которые невозможно, и модифицируемые, поддающиеся как немедикаментозной, так и медикаментозной коррекции.

К немодифицируемым факторам риска относятся пол (мужской), возраст (старше 45 лет), отягощенный наследственный анамнез. К основным модифицируемым факторам риска причисляются дислипидемия, артериальная гипертензия, нарушение толерантности к глюкозе или сахарный диабет 2 типа, абдоминальное ожирение (окружность талии более 94 см), низкий социальный и образовательный статус. Многие факторы относятся к поведенческим (курение, неумеренное употребление алкоголя, низкая физическая активность, хронический и острый психосоциальный стресс).

Наибольшее влияние на заболеваемость мужчин трудоспособного возраста оказывают следующее факторы: стрессовые воздействия (работа, участие в межнациональных конфликтах); пищевые пристрастия (острая, жареная, жирная пища); язвенная болезнь, панкреатит, гастрит и другие болезни органов пищеварения; курение, алкоголизм; гиподинамия, связанная с внедрением современных технологий, компьютеров; атеросклероз, ишемическая болезнь сердца (ИБС), остеопороз, нарушения осанки, мозгового кровообращения.

Шкала патологии мужчин трудоспособного возраста выглядит следующим образом: травматизм (бытовой и производственный, дорожно-транспортные происшествия); алкоголизм и бытовое пьянство; несчастные случаи и отравления; ИБС и артериальная гипертензия; хроническая обструктивная болезнь легких у курильщиков; онкологические заболевания (легких, желудка, прямой кишки); мочекаменные болезни и мочекаменная болезнь.

В возрасте старше 50 лет у мужчин возникает андропауза или частичный андрогенный дефицит, снижение продукции тестостерона в среднем на 1,6% в год.

Любое хроническое соматическое заболевание, с одной стороны, способно негативно влиять на секрецию тестостерона, ускоряя наступление андрогенного дефицита, распространенность же последнего при хронических соматических заболеваниях у мужчин крайне высока. С другой стороны, дефицит мужских половых гормонов может также оказывать патофизиологическое влияние на механизмы развития и прогрессирования соматических заболеваний, поэтому с полным основанием андрогенный дефицит у мужчин можно назвать «заболеванием-маской» (2). Гиподинамия, употребление жирной пищи, алкогольных напитков снижают уровень мужских половых гормонов, в том числе тестостерона. Именно этот гормон отвечает в организме за процесс сжигания жиров и поддержание мышечной массы. Падение его уровня означает утрату работоспособности, вялость, уменьшение интереса к жизни, отсутствие стремлений, снижение устойчивости к стрессам. Развивается абдоминальное ожирение, появляется одышка, головокружение, снижается потенция, растет риск сердечно-сосудистых заболеваний (3, 4). У мужчин ИБС, в том числе инфаркт миокарда, встречается в четыре раза чаще, чем у женщин и развивается на 10 лет раньше (5, 6, 7). Кроме назначения препаратов для лечения этого заболевания, необходимо рекомендовать рациональное питание и изменение самого образа жизни в комплексе с курсом принятия специальных препаратов (орлистан) для коррекции массы тела. Эти мероприятия будут способствовать поддержанию здоровья и продлению полноценной мужской жизни.

Мужчины чаще умирают от сахарного диабета. Симптомы сахарного диабета у мужчин такие же, как и у женщин. Однако, в большей степени поражаются различные системы и органы, в том числе имеются более выраженные нарушения половой и репродук-

тивной функции (8). Лечение сахарного диабета у мужчин – это не только заместительная терапия или приём лекарств, но в первую очередь пересмотр рациона питания и нормализация веса.

У мужчин чаще возникают опасные для жизни задержки дыхания во время ночного сна (синдром «ночного апноэ» во сне), хроническая обструктивная болезнь легких (9, 10).

Остеопороз представляет опасность не только для пожилых женщин, но и для мужчин. Около 20% от общего числа американцев, страдающих остеопорозом или низкой минеральной плотностью костной ткани, – мужчины. Результаты исследования показывают, что остеопороз увеличивает смертность у мужчин в возрасте от 50 до 69 лет (11, 12). К факторам риска развития остеопороза у мужчин относят низкую массу тела и курение.

Злокачественные новообразования также чаще встречаются у мужчин, при этом – с летальным исходом. От рака легких умирает в три раза больше мужчин, то же самое касается рака гортани и половых органов. Для улучшения ситуации с целью раннего выявления заболеваний должен проводиться общий скрининг рака у мужчин (профилактические осмотры врачом 1 раз в 3 года, а для лиц старше 40 лет – ежегодно), который включает осмотр щитовидной железы, кожи, лимфатических узлов, полости рта, яичек. Необходимо осуществлять индивидуальное и углубленное профилактическое консультирование по профилактике рака, включая устранение таких факторов риска как курение, инсоляция, нерациональное питание, профессиональные вредности, беспорядочные незащищенные сексуальные контакты.

Подозрение на неоплазию должно возникнуть у врача при наличии признаков, ассоциированных с развитием злокачественных новообразований: возраст старше 50 лет, похудание, увеличение лимфатических узлов, ускорение СОЭ, анемия, лихорадка, семейный анамнез рака.

В этих случаях целесообразно провести обследование для диагностики наиболее распространенных видов рака.

Первичная профилактика заключается в выявлении генетических, биологических и окружающих факторов, играющих этиологическую или патогенетическую роль в возникновении заболеваний. Кроме исключения курения, нормализации питания и других мер по изменению образа жизни, возможно рекомендовать медикаментозную профилактику.

Вторичная профилактика заключается в своевременном выявлении злокачественных новообразований и предотвращении их роста. С этой целью проводятся профилактические и диспансерные массовые обследования.

Таким образом, имеются гендерные отличия в факторах риска, структуре и течение основных неинфекционных заболеваний мужчин различных возрастных групп по сравнению с женщинами, что требует от врача знания этих особенностей и индивидуального подхода к лечебным и профилактическим мероприятиям у данной категории пациентов.

Для многих российских мужчин врач общей практики становится первым специалистом, к которому они обращаются с любыми проблемами здоровья. Очень хочется, чтобы этот «первый эшелон» неспециализированной врачебной медицинской помощи был достаточно качественным, преемственным и эффективным, поскольку именно на врачей первичного звена падает все бремя диагностики и начальных этапов терапии большинства соматических заболеваний у мужчин.

Список литературы

1. Clinical Men's Health Heidelbaugh, Joel J., MD Copyright © 2008.
2. Тозиков И.А. Соматические «маски» андрогенного дефицита у мужчин // Справочник поликлинического врача. – 2013. – № 9. – С. 63-70.
3. Стрюк Р.И., Брыткова Я.В., Буракова Б.Н., Ромашкина Т.И. Гендерные особенности факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у лиц среднего возраста // Медицинский совет. – 2013. – № 9. – С. 106-108.
4. Roger V.L., Go A.S., Lloyd-Jones D.M. et al. Heart disease and stroke statistics – 2012 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* Jan 3 2012; 125(1): e2-e220.
5. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Гендерные различия кардиоваскулярной патологии // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2012. – № 11(4). – С. 101-104.
6. Hemingway H., Langenberg C., Damant J., Frost C., Pyorala K., Barrett-Connor E. Prevalence of angina in women versus men: a systematic review and meta-analysis of international variations across 31 countries. *Circulation* Mar 25 2008; 117(12): 1526-36.
7. Boggs W. Worse Prognosis for Myocardial Infarction Patients With ST-Deviation in AVR. *Medscape* [serial online]. Jul 11 2013; Accessed Jul 24 2013. Available at <http://www.medscape.com/viewarticle/807686>.
8. Guideline American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes – 2011. *Diabetes Care* Jan 2011; 34 Suppl 1: S11-61.
9. Затеев Д.В., Шинтаев Т.К., Алексеева Н.И., Микеров А.Н. Заболевания органов дыхания и гендер. Бюллетень медицинских Интернет конференций. 2013. www.medconfer.com; (3)11: 1179–1180.
10. Фридман И.Л. Влияние гендерных различий на особенности течения бронхиальной астмы // Казанский Медицинский Журнал. – 2010. – № 5. – С. 603-606.
11. Barclay L. Osteoporosis Management Guidelines Updated for Women and Men. *Medscape* [serial online]. Available at <http://www.medscape.com/viewarticle/807140>. Accessed July 8, 2013.
12. Boonen S., Reginster J.Y., Kaufman J.M., Lippuner K., Zanchetta J., Langdahl B. et al. Fracture risk and zoledronic acid therapy in men with osteoporosis. *N Engl J Med*. Nov. 2012; 367(18): 1714-23.

**ГРИБКОВОЕ ТЕЛО
КЛИНОВИДНОЙ ПАЗУХИ НОСА**

Ткаченко М.С.

ГБОУ ВПО Ивановская государственная медицинская академия Министрства здравоохранения РФ, Иваново, Россия, e-mail: mashentsiya@mail.ru

Актуальность

Первые упоминания о грибковых образованиях придаточных пазух носа появились в конце 19 века. В 1883 году P. Shubert, а затем в 1889 году J. Mackenzie и H. Siebermann опубликовали наблюдения микотических поражений верхнечелюстных пазух, вызванных грибами рода *Aspergillus*. Аспергиллез лобной пазухи был впервые описан в 1933 году W. Adams. Все авторы подчеркивали исключительную редкость подобных наблюдений [4].

В настоящее время, по данным отечественных авторов, более чем у половины людей, страдающих хроническим синуситом, причиной заболевания являются грибы.

Цель работы: изучение особенностей этиологии и патогенеза грибкового шара основной пазухи носа.

Основные сведения

Грибковый шар (грибковое тело) околоносовых пазух – это особая форма воспаления пазух. Наиболее частой причиной развития микозов полости носа и околоносовых синусов являются грибы рода *Candida*, *Aspergillus* и *Penicillium*. Мицетома гайморовой пазухи относится к так называемым неинвазивным формам грибкового воспаления, т.е. мицелий просто растет внутри полости пазухи, а не прорастает в её слизистую оболочку.

Грибковое поражение чаще всего возникает при иммунодефицитных состояниях (СПИД и др.), бесконтрольном приеме антибиотиков, лечении кортикостероидами. Ввиду ослабления нормальной микрофлоры в нормоценозе появляются грибы.

Они беспрепятственно внедряются в стенку пазухи и начинают продуцировать вещества раздражающего действия, усиливающие воспалительный процесс. В результате воспаления соустье между пазухой и полостью носа закрывается, что ведет к чрезмерному накоплению слизеподобной жидкости, которая оказывает давление на слизистую оболочку и костные образования полости. Кроме того, отсутствие аэрации – это еще более благоприятные условия для роста грибов [2].

И только когда шар занимает практически всю полость, появляются характерные для грибкового тела симптомы. Заболевание развивается медленно и от момента возникновения воспалительного процесса до появления первых признаков проходит 1-2 года, а иногда 15-20 лет.

Основные жалобы:

- Головная боль, чаще в затылочной области (не сильная, ноющая и постоянная) и практически не купируется обезболивающими препаратами.
- Гнойные или слизистые выделения по задней стенке глотки (дискомфорт в глубине носа или носоглотке).
- Нарушения зрения (двоение в глазах или снижение зрения).

Основная пазуха особенная. В норме она заполнена воздухом, и располагаясь глубоко в полости носа, граничит с такими важными образованиями, как сонные артерии, основание черепа, гипофиз, глазные нервы, поэтому обнаружение грибкового тела в данной придаточной пазухе требует немедленного хирургического вмешательства. Для лечения применяется эндоскопический метод. Его преимущество заключается в щадящем подходе с сохранением неизменной слизистой оболочки и восстановлением нормальной вентиляции и дренирования ОПН. Эндоскопическая хирургия направлена на освобождение естественных путей оттока пазух носа с максимально возможным сохранением анатомических структур [1].

Клинический случай

В НИИ нейрохирургии им. академика Н.Н. Бурденко обратилась пациентка Т., 19 лет с жалобами на головные боли, давящего характера в затылке и в висках, которые беспокоят её в течении нескольких лет с ухудшением в последнее время.

При сборе анамнеза было установлено, что родилась она в 31 нед., после чего была реанимирована и 7 суток находилась на ИВЛ. На третьи сутки у неё развилась послеродовая пневмония, для лечения которой применялись антибиотики: ампицилин, гентамицин, цефазолин, линкомицин.

Для установления диагноза пациентке были проведены КТ и МРТ, выявлены нарушения воздушности основной пазухи справа с неоднородными включениями (рис. 1 и 2).

Предоперационный диагноз: новообразование клиновидной пазухи.

Ход лечения

27.02.2014 г. Операция «Эндоскопическая эндоназальная санация клиновидной пазухи справа». Кровотечение по ходу операции незначительное. Полость носа не тампонировалась.

28.02.2014 г. в условиях ЛОР-отделения произведено промывание полости 0,1% раствором Нафтизина, её санация. Пациентка выписана под амбулаторное наблюдение.

Гистологическое исследование содержимого клиновидной пазухи: небольшие эозинофильные бесструктурные массы, которые являются фрагментами грибкового тела.

28.08.2014 г. Проведение контрольного исследования (МРТ придаточных пазух носа).

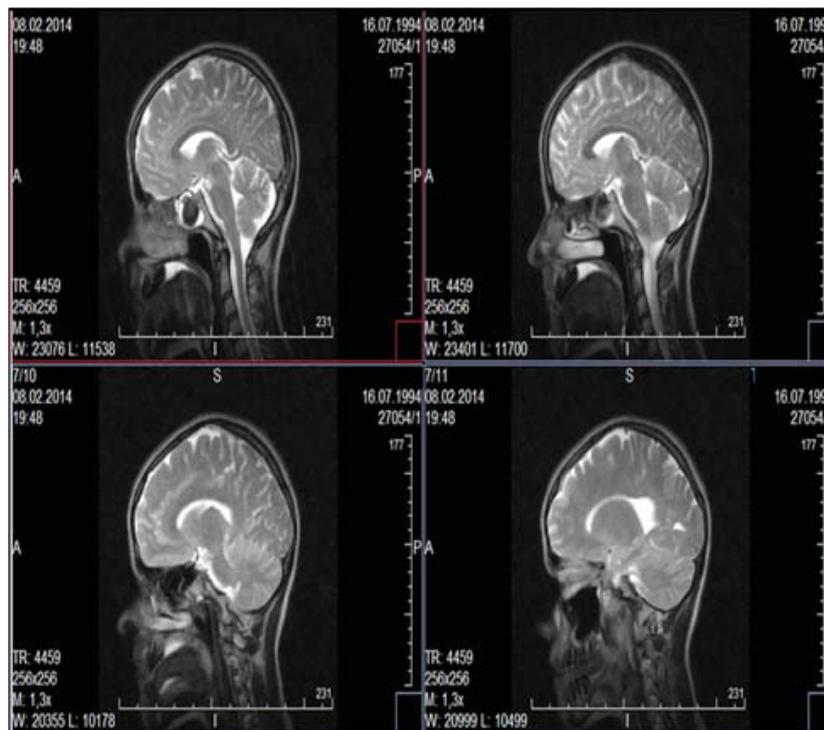


Рис. 1. Магнитно-резонансная томография

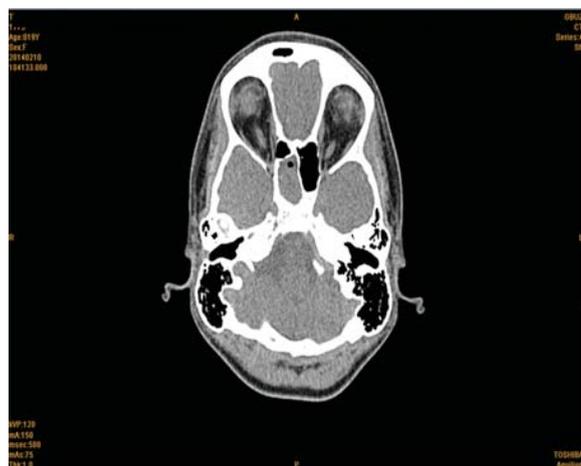


Рис. 2. Компьютерная томография

Заключение

Грибковые тела являются малоизученной областью, как с точки зрения ЛОР-заболеваний, так и с точки зрения микробиологии. Анализ данного клинического случая позволил подтвердить грибковую природу мицетомы, развившейся на фоне ИДС после массивной антимикробной терапии у недоношенного ребёнка с послеродовой пневмонией и ИВЛ в анамнезе. Ввиду роста частоты встречаемости грибковых образований в придаточных пазухах носа возникает необходимость дальнейшего исследования. Особую значимость приобретает анализ эффективности применения эндоскопических методов лечения и возможности быстрой реабилитации.

Список литературы

1. Полев Г.А., Галкина Т.А. Гигантское грибковое тело клиновидной пазухи с деструкцией основания черепа. – [Электронный ресурс]. http://www.sante.ru/report/endoskopiy_device/endoskopiy_report_1.php
2. Морозова О.В., Красножен В.Н. Грибковое тело лобной пазухи. – [Электронный ресурс]. http://ktmrt.ru/view_page.php?page=105
3. Кисты околоносовых пазух. – [Электронный ресурс]. http://www.doctorspb.ru/articles.php?article_id=1609
4. Лопатин А.С. Грибковые заболевания полости носа и околоносовых пазух: современное состояние проблемы // Актуальные проблемы современной ринологии: материалы конференции, посвященной пятилетию российского общества ринологов. – М.: Пресса, 1997. – С. 39-48.
5. Отоневрология. Ринология. Патология основания черепа. – Официальный сайт доктора Капитанова. <http://dkapitanov.ru/2/17.html>
6. Что такое сфеноидит и как с ним бороться? – [Электронный ресурс]. <http://sfenoidit.narod.ru/cto-takoe-sfenoidit-i-kak-s-nim-borotsya/>

**СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ
МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ
НЕОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ**

Гусев К.А., Гусева М.А., Федоров В.Э.

*Саратовский государственный медицинский университет
им. В.И. Разумовского, Саратов, Россия,
e-mail: inq.aglaya@hotmail.com*

Актуальность проблемы

Последнее десятилетие характеризовалось значительным ростом числа больных, страдающих желчнокаменной болезнью (ЖКБ) [1,2]. ДО 80% увеличилось и количество больных с формами ЖКБ в виде механической желтухи (МЖ) [3]. Операции, выполняемые на высоте желтухи и печеночной недостаточности, особенно у больных пожилого возраста, имеющих тяжелую сопутствующую патологию, часто сопровождаются большим числом осложнений и высокой летальностью [4]. Важность своевременной и точной диагностики у таких больных очевидна: инвазивные методы в таких условиях опасны. Решить проблему помогают современные методы исследования: УЗИ, МРТ, КТ.

Цель работы. Повышение качества диагностики и лечения у больных с МЖ неопухолового генеза.

Задачи:

1. Выявление и сравнительная характеристика наиболее часто встречающихся симптомов и синдромов МЖ при использовании современных неинвазивных методов исследования ЖКБ.

2. Оценка информативности МРТ и УЗИ симптомов в различные стадии заболевания.

Материалы и методы

В клинике факультетской хирургии и онкологии Саратовского государственного медицинского университета проведен ретроспективный статистический анализ по материалам историй болезни данных симптоматики у экстренных хирургических больных за период с 2007 по 2011 годы. Всего проанализировано 265 случаев заболевания МЖ. Из них 86 (32,5%) случаев составили мужчины и 179 (67,5%) случаев – женщины. У женщин пик заболеваемости приходится на период 70-79 лет – 72 случая (40,2%). У мужчин наблюдалась примерно одинаковая частота заболеваемости МЖ в периоды 50-59, 60-69, 70-79 лет, составляющая 19 (7,2%), 19 (7,2%), 20 (7,5%) случаев соответственно. Наиболее частой причиной МЖ являлась ЖКБ – 167 случаев (63%). На втором месте онкологические заболевания – 63 (23,8%) пациента, из которых 30 (11,3%) случаев приходится на опухоли поджелудочной железы. В 32 (12%) случаях причиной МЖ стал острый панкреатит.

Из 265 случаев были выбраны 202 пациента с МЖ неопухолового генеза. Диагноз желтухи неопухолового генеза был поставлен на основании клиники, данных биохимического обследования. У 202 (100%) больных для верификации диагноза использовались результаты УЗИ, у 26 (12,9 %) больных МРТ, и только у 6 (3%) пациентов – КТ.

Затем были исследованы результаты, полученные с помощью неинвазивных методов обследования в двух группах пациентов.

У больных первой группы (N=26), для верификации диагноза использовались УЗИ и МРТ.

Больные второй группы (N=6) были обследованы с помощью УЗИ и КТ.

В обеих группах выделены наиболее значимые симптомы МЖ.

Оценена МРТ симптоматика в различные стадии эндотоксикоза. Для этого, пациенты первой группы

были разделены на три подгруппы, в зависимости от фазы эндотоксикоза. Критерием холестатической фазы (N=4) является гипербилирубинемия выше 20,5 мкмоль/л, критерием наступления цитолитической фазы (N=18) – повышение в крови уровня трансаминаз выше 40 единиц. Критерием полиорганной фазы заболевания (N=4) являлось наличие воспалительного процесса в печени и желчных ходах, подтвержденное симптоматикой и интраоперационными данными.

Для оценки информативности УЗИ при различных фазах эндотоксикоза были взяты данные 302 пациентов с неопухоловой МЖ. У всех больных диагноз был подтвержден во время операции визуально, а затем гистологически. У 127 пациентов наблюдалась холестатическая стадия заболевания, у 43 – цитолитическая и у 132 – полиорганная. В ходе анализа была оценена точность выявления наиболее важных симптомов УЗИ, КТ и МРТ путем подсчета относительной и абсолютной погрешности измерения, эмпирической вероятности ошибки, уровня корреляции с интраоперационными данными (R). Достоверность результатов проверялась с помощью t-критерия Стьюдента.

**Результаты исследования
и их обсуждение**

Наиболее значимыми МРТ симптомами у больных первой группы являются: расширение холедоха, увеличение печени, расширение внутриспеченочных желчных протоков (ВЖП), расширение Вирсунгова протока поджелудочной железы, утолщение стенки желчного пузыря (ЖП), наличие конкремента в холедохе (табл. 1).

Эмпирическая вероятность ошибки МРТ при диагностике холедохолитиаза составила 23% (из 13 случаев холедохолитиаза конкремент был обнаружен в 11 случаях). Абсолютная и относительная МРТ погрешность измерения диаметра холедоха составила 0,21 см и 0,2см соответственно. Отмечен высокий уровень корреляции с интраоперационными данными: R=0,788 (p=0,00004).

Размер конкрементов холедоха с помощью МРТ определялся с абсолютной и относительной погрешностью 0,07 см и 0,08 см соответственно. Уровень корреляции с интраоперационными данными высокий: R=0,875 (p=0,009).

В той же группе больных самыми значимыми УЗИ симптомами оказались: расширение холедоха, утолщение стенки желчного пузыря (ЖП), расширение ВЖП (табл. 2).

Вирсунгов проток поджелудочной железы не был визуализирован ни в одном случае. Саму поджелудочную железу не удалось визуализировать в 2 случаях (7,1%). ЖП не был визуализирован у 1 больного (3,5%).

Эмпирическая вероятность ошибки УЗИ при диагностике холедохолитиаза составила 84,6% (у 13 пациентов с холедохолитиазом конкремент обнаружили с помощью УЗИ лишь в 2 случаях). Абсолютная и относительная погрешность измерения диаметра холедоха составляет 0,3 см и 0,25 см соответственно. Уровень корреляции с интраоперационными данными высокий: R=0,715 (p=0,0004).

Самые значимые МРТ симптомы в различных фазах эндотоксикоза представлены в таблице 3. Выяснено, что для цитолитической стадии механической (n=18) желтухи наиболее специфичны следующие МРТ признаки: увеличение размера печени в 16 случаях (88,9%) (t=2,5; p<0,05), увеличение pancreas у 5 больных (27,8%) (t=0,9; p>0,05). Расширение Вир-

сунгова протока поджелудочной железы встречалось в 11 случаях (61,1%) ($t=2,3$; $p<0,01$).

При холестатической стадии ($N=4$) характерно наличие множественных конкрементов в желчном пузыре – 3 больных (75%) ($t=1,2$; $p>0,05$).

Гнойные очаги в печени выявлены у 4 больных (100%) с механической желтухой в полиорганной стадии ($N=4$). Расширение стенки желчного пузыря выявлялось одинаково часто цитолитическую и полиорганную стадию – 9 больных (50%) и 2 больных (50%) соответственно. В холестатическую стадию этот симптом не был выявлен ($t=1$; $p>0,05$).

Для оценки значимости УЗИ симптомов в различные стадии эндотоксикоза взяты данные по 302 больным, прооперированным в клинике факультетской хирургии СГМУ с 1994 по 1999 гг. (табл. 3).

При холестатической фазе эндотоксикоза ($n=127$) определяются следующие признаки: блокада желчного пузыря – 120 случаев (94,4%), увеличение его и протоков в размерах – 56 случаев (47,2%). Диффузные изменения печени и pancreas наблюдались у 25 пациентов (19,7%). Следовательно, в таких случаях преобладали симптомы желчной гипертензии без острых воспалительных изменений.

Таблица 1

Симптоматика УЗИ и МРТ

Симптом	УЗИ (n=26)	МРТ (n=26)
Расширение холедоха	19 (73%)*	19 (73%)*
Увеличение печени	3 (11,5%)	17 (65,4%)*
Расширение ВЖП	12 (46,2%)*	12(46,2%)*
Расширение Вирсунгова протока	–	12(46,2%)*
Утолщение стенки ЖП	16 (61,5%)*	11 (42,3%)*
Камни в холедохе	2 (7,7%)	10 (38,5%)
Аномалии ЖП	10 (38,5%)	8 (30,8%)
Множественные камни ЖП	10 (38,5%)	8 (30,8%)
Увеличение ЖП	5 (19,2%)	5 (19,2%)
Увеличение ПЖ	5 (19,2%)	5 (19,2%)
Единичный камень ЖП	4 (15,4%)	3 (11,5%)

Примечание: для данных отмеченных *, $p<0,01$.

Таблица 2

Частота МРТ симптомов при различных фазах эндотоксикоза

Симптомы	Фазы эндотоксикоза		
	Холестатическая(n=4)	Цитолитическая(n=18)	Полиорганная(n=4)
Увеличение печени	1 (25%)	16 (88, 9%)	-
Расширение холедоха	2 (50%)	14 (77,8%)	3 (75%)
Конкременты в холедохе	3 (75%)	4 (22,2%)	3 (75%)
Увеличение ЖП	1 (25%)	4 (22,2%)	-
Утолщение стенки ЖП	-	9 (50%)	2 (50%)
Аномалии ЖП	2 (50%)	7 (38,9%)	1 (25%)
Множественные камни ЖП	3 (75%)	5 (27,8%)	-
Единичный камень ЖП	-	2 (11,1%)	1 (25%)
Увеличение поджелудочной железы	2 (50%)	5 (27,8%)	-
Расширение ВПП	1 (25%)	8 (44,4%)	2 (50%)
Расширение Вирсунгова протока	-	11 (61,1%)	-
Конкременты холедоха не замечены	-	3	-

Таблица 3

Частота УЗИ симптомов при различных фазах эндотоксикоза ($p<0,05$)

Симптомы	Фазы эндотоксикоза		
	Холестатическая (n=127)	Цитолитическая (n=43)	Полиорганная (n=132)
Увеличение ЖП	120 (94,4%)	24 (55,8%)	112 (84,8%)
Расширение холедоха	56 (47,2%)	8 (18,6%)	41 (31,1%)
Диффузное увеличение pancreas	25 (19,7%)	41 (95,3%)	30 (22,7%)
Увеличение размеров печени	29 (22,8%)	28 (65,1%)	21 (15,9%)
Утолщение стенки ЖП	-	-	67 (50,6%)

Таблица 4

Симптоматика УЗИ и КТ при МЖ

Симптом	УЗИ (n=6)	КТ (n=6)
Увеличение печени	1 (16,6%)	1 (16,6%)
Расширение ВПП	1 (16,6%)	2 (33,3%)
Расширение холедоха	2 (33,3%)	4 (66,7%)
Увеличение ЖП	0	2 (33,3%)
Утолщение стенки ЖП	4 (66,7%)	5 (83%)
Аномалии ЖП	2 (33,3%)	2 (33,3%)
Множественные камни ЖП	4 (66,7%)	1 (16,6%)
Единичный камень ЖП	0	2 (33,3%)
Увеличение ПЖ	1 (16,6%)	2 (33,3%)

В тех случаях, когда развивается цитолитическая фаза желтухи (n=43), преобладают диффузные изменения эхоплотности поджелудочной железы (все 43 человека), увеличение ее размеров – 41 больной (95,3%), увеличение ее размеров и изменение формы – 28 пациентов (65,1%). Таким образом, клинические признаки поражения паренхиматозных органов у лиц этой группы являются наиболее значимыми.

Утолщение стенки и двойной контур желчного пузыря – 67 больных (50,6%), гнойные очаги около и в самой стенке желчного пузыря или в печени – 12 пациентов (15,9%) при полиорганной стадии механической желтухи встречались часто.

Сравнивая полученные результаты обследования больных первой группы, было сделано заключение о том, что МРТ более точно, чем УЗИ выявляет такие симптомы как увеличение печени (на 53,9% $t=4,7$; $p<0,01$), расширение холедоха. Эмпирическая вероятность ошибки при диагностике холедохолитиаза с помощью МРТ на 61,6% ниже, чем при использовании УЗИ. Отмечается, что МРТ обладает наибольшей эффективностью в цитолитическую стадию эндотоксикоза, поскольку гораздо точнее выявляет признаки повреждения паренхиматозных органов (увеличение печени, увеличение поджелудочной железы, расширение Вирсунгова протока). С помощью УЗИ более эффективно выявляется утолщение стенки ЖП (на 19,2%, $t=3$; $p<0,01$), наличие конкрементов ЖП (на 11,5% чаще). Специфические симптомы для холестатической (увеличение желчного пузыря) и полиорганной стадии (утолщение стенки желчного пузыря) стадии эндотоксикоза с помощью УЗИ выявляются точнее, чем с помощью МРТ. В целом УЗИ при определении патологических процессов в желчном пузыре предпочтительнее, чем МРТ. В то же время эффективность УЗИ при диагностике холедохолитиаза крайне мала.

Данные, полученные при обследовании больных второй группы (N=6), представлены в таблице 4. Из таблицы видно, что УЗИ определяет наличие конкрементов в желчном пузыре на 16,6% эффективнее, чем КТ. Однако КТ эффективнее при определении увеличения поджелудочной железы на 16,7%. Абсолютная и относительная погрешность определения размера холедоха методом КТ составила 0,08 см и 0,12см соответственно. Выявлен очень высокий уровень корреляции с интраоперационными данными ($R=0,942$, $p=0,017$). Следовательно, самым чувствительным методом для определения диаметра холедоха является КТ.

Выводы

1. Информативность УЗИ, КТ и МРТ при диагностике механической желтухи неопухолевого генеза

зависит не только от причины заболевания, но и от фазы эндотоксикоза.

2. УЗИ является наименее информативным методом исследования. Вероятность выявить холедохолитиаз с помощью УЗИ мала, а точность измерения диаметра холедоха и размера печени ниже, чем при использовании других современных методов. В тоже время УЗИ является наилучшим методом выявления конкрементов желчного пузыря, а также эффективнее других методов определяет наличие воспалительных симптомов в различные стадии заболевания.

3. МРТ самый информативный метод исследования. С помощью него наиболее точно выявляется увеличение печени и наличие холедохолитиаза. МРТ наиболее эффективна в цитолитическую стадию эндотоксикоза, когда страдает гепатоцит.

4. КТ – самый точный неинвазивный метод для измерения диаметра холедоха. При КТ точнее определяются такие патологические процессы как увеличение желчного пузыря, утолщение стенки желчного пузыря, расширение внутрипеченочных желчных протоков, увеличение поджелудочной железы.

Список литературы

1. Балалыкин А.С. ЭРПХГ, ЭПТ и чреспапиллярные операции – успехи и проблемы: сб. тез. 3-го Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. – М., 2005. – С. 22-24.
2. Мумладзе Р.Б., Чеченин Г.М., Эминов М.З. и др. // *Анналы хирургии.* – 2004. – №4. – С. 41-45.
3. Ханевич М.Д., Грабовый А.М. // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии.* – 2005. – №3. – С. 57-61.
4. Дунаевская С.С., Винник Ю.С., Дябкин Е.В. // *Сибирский медицинский журнал.* – 2008. – №4. – С. 35-38.

НУЖДАЕМОСТЬ В САНАЦИИ И ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ УЧАЩИХСЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ-ИНТЕРНАТА САНАТОРНОГО ТИПА

Фурсик Д.И., Фурсик Т.И., Петрова Е.Ю.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия, e-mail: defurs@hotmail.com

В рамках мероприятий по диспансеризации, нами были осмотрены 118 учащихся 1-8 классов Государственного образовательного учреждения санаторного типа для детей, нуждающихся в длительном лечении, «Волгоградская школа-интернат «Надежда», относящихся к категориям детей-инвалидов, сирот и находящихся на попечении. Учреждение прикреплено для медицинского обслуживания учащихся к клинико-диагностическому центру, в штате которого отсутствует стоматолог. Нами был выигран тендер на проведение стоматологической диспансеризации контингента учеников.

Всего было обследовано 52 девочки и 66 мальчиков. Оценивались следующие показатели: распространенность и интенсивность кариеса, нуждаемость в санации и ортодонтическом лечении. Всего 15 детей (12,71%) были здоровы. Первую степень активности кариеса выявили у 38,14% учащихся. Почти у половины учеников интенсивность кариеса была высокой: 29,66% детей имели вторую и 19,49% – третью степень активности кариеса. В среднем, интенсивность кариеса составила $4,85 \pm 2,75$ с вариациями от 0 до 14. Наибольшее значение показателя интенсивности кариеса было выявлено у учеников 7 класса – $6 \pm 3,67$, наименьшее – у учеников 5 класса – $2,9 \pm 2,1$. Нуждались в санации 85,59% учащихся, при этом всего 60,39% из них были ранее лечены по поводу кариеса и его осложнений. Нуждались в ортодонтическом лечении 59,32% детей, при этом ни один из учащихся не находился на лечении у ортодонта и не получал рекомендаций о необходимости ортодонтического лечения на момент диспансеризации.

Из результатов диспансеризации можно сделать следующие выводы: распространенность кариеса, а также патологии прикуса, у учащихся школы-интерната санаторного типа является высокой. Средняя интенсивность кариеса колеблется в различных классах от 2,9 до 6, при общей нуждаемости в санации 86%, и нуждаемости в ортодонтическом лечении – 59%. Для проведения регулярных мероприятий по санации и ортодонтическому лечению детей, пребывающих в учреждениях санаторного типа, необходимо прикрепление их к детской стоматологической поликлинике.

РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ: ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ, ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Целоева Д.М., Шевченко П.П.

*Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия,
e-mail: missprincess09@mail.ru*

Актуальность

Рассеянный склероз-аутоиммунное хроническое прогрессирующее рецидивирующее заболевание центральной нервной системы, характеризующееся демиелинизацией в белом веществе головного и/или спинного мозга. Возраст в развитии заболевания имеет большое значение. В среднем, в мире страдают рассеянным склерозом больные самого работоспособного возраста с 17 до 47 лет, что составляет более 87% случаев. В Ставропольском крае средний возраст больных 29 лет. Однако, имеются данные раннего и позднего развития дебюта заболевания. Женщины болеют чаще мужчин в соотношении 3:2 соответственно, причем, средний возраст для мужчин 29-32, а для женщин 28-30 лет. Причины возникновения и патогенетические механизмы рассеянного склероза до настоящего времени до конца не изучены, что ставит эту патологию одной из важнейших проблем современной неврологии и требует разработки новых методов диагностики и лечения.

Цель: проанализировать возрастные особенности диагностики и лечения больных с рассеянным склерозом.

Результаты исследования

Диагностика рассеянного склероза основывается на характерных клинических проявлениях, данных анамнеза, а также на результатах МРТ. В связи с тем, что у детей (5-7 лет) клинически рассеянный склероз обычно начинается моносимптомно, диагностика значительно затруднена. У взрослых (45-55 лет) забо-

левание с самого начала приобретает прогрессирующий характер и имеет вид нарастающей миелопатии. Патогномичным для молодых больных является симптом Лермитта – появление ощущение прохождения тока по спине и конечностям при наклоне головы вперед. Основными направлениями лечения являются купирование обострений демиелинизирующего процесса, предупреждение повторных обострений, модулирование течения болезни, максимальная стабилизация процесса и симптоматическое лечение. Лечение детей с рассеянным склерозом проводится по общим принципам, разработанным для взрослых, с учетом особенностей детского возраста.

Вывод

Рассеянным склерозом страдают преимущественно люди молодого возраста. Средний возраст больных составляет в дебюте заболевания 17-47 лет. За последние десятилетия все чаще встречается рассеянный склероз в детском и пожилом возрасте. Возраст занимает особое значение в диагностике и лечении рассеянного склероза.

Список литературы

1. Пажигова З.Б., Карпов С.М., Шевченко П.П., Бурнусус Н.И. Распространенность рассеянного склероза в мире (обзорная статья) // Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – №1-2. – С. 78-79.
2. Шевченко П.П. Распространенность и клиническая характеристика рассеянного склероза в Ставропольском крае. – Новосибирск, 1992.
3. Karpov S.M., Pazhigova Z.B., Karpova E.N. Visual evoked potentials in examining the visual analyzer in patients with multiple sclerosis. Neurology. Neuropsychiatry. Psychosomatics. 2014.
4. Гузева В.И., Чухловина А.Е. Рассеянный склероз. Диагностика и лечение, СПб., 2007.
5. Панов А.Г. Диагностика рассеянного склероза. 2001.
6. Неврология психиатрия. – 2010. – №7.

МИГАТЕЛЬНЫЙ ДВИГАТЕЛЬНЫЙ ПАТТЕРН ПРИ КОГНИТИВНЫХ ПРОЦЕССАХ ВОСПРИЯТИЯ ЗРИТЕЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ

Шакурова А.Р., Гришин С.Н., Низамутдинов С.И.

*Казанский национальный исследовательский технический университет им. А.Н. Туполева, Казань, Россия,
e-mail: veiy@mail.ru*

Являясь защитной ориентировочной реакцией, мигательный рефлекс (МР) представляет собой сложный физиологический феномен и составляет неотъемлемую часть сложных поведенческих (поисковых, например) систем. Мигание участвует в регуляции увлажнения глазного яблока, т.е. в вегетативно-трофических процессах орбит, выполняет корригирующие внутрисистемные функции. Электронейромиографическое исследование МР проводится, как правило, для оценки афферентно-эфферентных взаимоотношений в системе тройничный – лицевой нервы, реже – для качественной оценки функции супрагематарных регулирующих систем. Интерпретация результатов исследований в этом случае основывается на анатомических представлениях о невральном образовании системы тройничного и лицевого нервов.

Процессы активного восприятия окружающей действительности, выделения из зрительного информационного потока значимых физических явлений, субъективной оценки и запоминания тесно связаны и зависят от состоятельности систем глазодвижения. Например, фиксированный на определенном предмете в течение более 400 мс взор приводит к прекращению зрительного восприятия этого предмета. Испуг сопровождается широко открытыми глазами. Легко представить «прищур» целящегося стрелка. «Утомленные» глаза зажмуривают, снимая неприятные ощущения.

Целенаправленные саккадические движения глаз обеспечивают некоторые когнитивные функции, такие как зрительное восприятие, внимание, память, прогнозирование. Характер саккадических движений обеспечивает необходимую для центральных механизмов кратковременной памяти прерывистость информационного потока. В тоже время, механизма мигания обеспечивает прерывистость самого потока зрительной информации. Механизмы сброса внимания лежат в основе качества когнитивного процесса.

Целью данного исследования явилась объективизация степени участия в формировании активного внимания генетически детерминированного физиологического паттерна мигания. Исследование проводилось с помощью электромиографа «Нейро-МВП» фирмы «Нейрософт». Поверхностная ЭМГ регистрировалась чашечковыми хлор-серебряными электродами, расположенными в проекции наружного угла глаза (активный) и спинки носа (референт). Использовались фильтры: 2 Гц нижней частоты и 10 кГц верхней частоты. Эпоха регистрации 3 секунды, длительность связана с необходимостью регистрации 5-10 мигательных движений. У 16 здоровых добровольцев регистрировали поверхностную ЭМГ от круговых мышц глаз в покое, позже предлагали однократно моргнуть по команде. Случайная во времени команда предполагает активизацию внимания.

Регистрируемые в покое мигания имели достаточно устойчивый и симметричный рисунок. Электрофизиологический паттерн представляет собой медленный позитивно-негативный дрейф изолинии длительностью до 250 мс, амплитудой до 100 мкВ с высокочастотной составляющей длительностью до 50-70 мс и амплитудой до 10-15 мкВ на катакроте (рис. 1а).

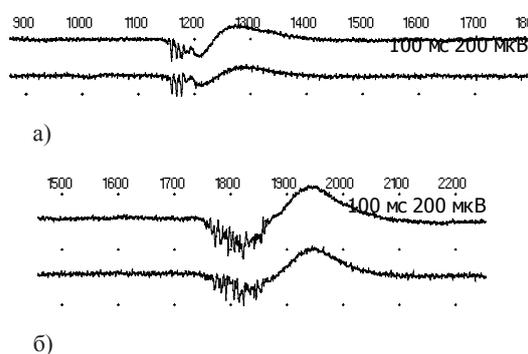


Рис. 1. Мигание в покое (а) и в условиях активного внимания (б)

В условиях активного внимания (рис. 1б) у 14 человек значительно изменились количественные показатели мигательного паттерна: увеличилась амплитуда и длительность длинноволнового компонента до 250 мкВ и 400 мс соответственно (табл. 1), амплитуда и длительность коротковолнового компонента до 15-20 мкВ и 100 мс соответственно (табл. 2).

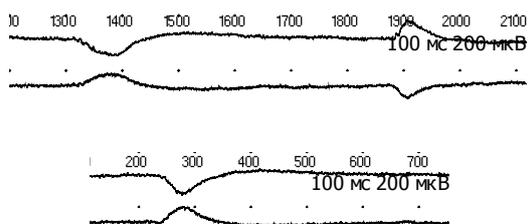


Рис. 2. Противоположные по вектору и синхронные по пиковым значениям медленные волны иллюстрируют горизонтальные саккады

У всех обследованных с зарегистрированными изменениями количественных показателей паттерна мигания отмечено, в разной степени, но лишь их увеличение. Причем в большей степени увеличивается амплитуда длинноволнового компонента (до 150%), в меньшей степени длительность обоих компонентов (до 30-50%). Увеличение амплитуды коротковолнового компонента наименее впечатляюще – до 20-25%. У 13 обследованных зарегистрирована асимметрия количественных показателей мигания, в первую очередь амплитуд, достигающая 20-50%. Значения длительности и симметричность времени рекрутизации двигательного акта значительно более устойчивы. Обращает на себя внимание более низкие амплитуды паттерна в правых отведениях, то есть в проекции правой орбиты.

Таблица 1

Изменчивость длинноволнового компонента мигания

	покой	активное внимание
амплитуда	100 мкВ	250 мкВ
длительность	250 мс	350-370 мс

Таблица 2

Изменчивость коротковолнового компонента мигания

	покой	активное внимание
амплитуда	10-15 мкВ	15-20 мкВ
длительность	50-70 мс	100 мс

Движение глаз у приматов тесно связаны с процессами зрительного восприятия. В зависимости от зрительной задачи глазодвигательная система запускает различные типы движений глаз, обеспечение которых выполняется рядом иерархически организованных структур головного мозга – от мозгового ствола до фронтальных и теменных полей коры больших полушарий. Нейрофизиологические системы, обеспечивающие движения глаз в процессе познания окружающей среды, представляют собой детерминанту, реализующуюся устойчивым структурированным двигательным актом с вовлечением наружных мышц глаз. Решение разных задач обеспечивается различными двигательными паттернами. Главная – поиск и определение приоритета – саккадами. Спокойному восприятию зрительной информации, например, соответствует чаще горизонтальные саккады (рис. 2); наиболее короткие латентные периоды, большие скорости и большую точность имеют саккады направленные вверх. Эта архаичная система обеспечивает безопасность: наиболее опасны биологические и физические объекты либо превышающие размерами, либо, для наземного существа, движущиеся над ним. Известно также, что для головного мозга характерна анатомическая и функциональная асимметрия, например, у низших приматов выявлено увеличение орбитальной и дорзальной частей лобной доли правого полушария по сравнению с левым. В связи с этим, у праворуких людей латентный период саккад слева направо достоверно меньше. Значительно меньше изучена роль круговых мышц глаз. Между тем, ряд синергий (закрывание глаз сопровождается их «закатывание» вверх, например) и приспособительных двигательных актов («прищур» при ярком освещении, например) этой мышцы указывают на активное вовлечение этой мышцы в целый ряд функциональных систем.

Полученные нами результаты иллюстрируют особенности функциональной активности наружных мышц глаз в процессе познания. Увеличение длительности и амплитуды длинноволнового компонента мигания, представляющего вертикальную саккаду, альтернативную горизонтальной «познавательной», усиливает фрагментарный характер перцептивного процесса. Вероятно, включение именно защитной, то есть жизненно важной, функции вертикальной саккады в систему «сброса внимания» подчеркивает актуальность периодического прерывания информационного потока в процессе познания. Интересен и факт увеличения длительности коротковолновой компоненты, сопровождающейся усилением афферентного проприоцептивного потока, – альтернатива экстероцепции с функцией его депривации. Большая изменчивость глазодвигательной функции по сравнению с изменением активности круговых мышц глаз иллюстрирует большую взаимозависимость когнитивных и глазодвигательных систем. Нами замечена, но не подтверждена в настоящее время асимметрия функциональной активности наружных мышц правого и левого глаза. Этот факт может отражать, в рамках определенных функциональных систем, межполушарную асимметрию и являться критерием в диагностики ряда психологических и психиатрических синдромов.

Таким образом, мы пришли к следующим выводам:

- акт мигания является звеном фрагментарной системы познания, реализующий функцию депривации или функцию сброса внимания, в процессе перцепции

- изменчивость количественных показателей электрофизиологического паттерна мигания иллюстрируют степень внимания и, очевидно, состоятельность оперативной памяти

- накопления статистического материала, включающего ЭМГ круговых мышц глаз, связанного со структурированным с психологической точки зрения информационным материалом, может подтвердить надежность нейрофизиологического паттерна мигания в качественной и количественной оценке функции внимания

- предложенная формула интерпретации мигательного движения может являться объективным критерием оценки эффективности различных систем обучения и воспитания.

Поддержано грантом РФФФ № 130401345

Список литературы

1. Шакурова А.Р. Анализ особенностей восприятия видеoinформации посредством исследования компонентов мигательного рефлекса // Казанский медицинский журнал. – 2014. – № 1. – С. 82-86.
2. Salihova M.A., Shakurova A.R., Galihanova A.A., Grishin S.N., Morozov O.G., Ionenko S.I. Cognitive assessment of new type of teaching video perception by secondary comprehensive school students // International Journal of Multimedia Technology. – 2013. – №3. – Vol. 2. – P. 80-82.
3. Nakano T., Kato M., Morito Y., Itoi S., Kitazawa S. Blink-related momentary activation of the default mode network while viewing videos // Proc. Nat. Acad. Sci. USA. – 2013. – Vol. 110(2). – P. 702-706.

ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПСОРИАЗА НА ФОНЕ ИНДУКЦИОННОЙ ТЕРАПИИ УСТЕКИНУМАБОМ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Шарова Я.А.

ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Оренбург, Россия,
e-mail: solodkova27-03@mail.ru

Псориаз – хронический генетически детерминированный иммуно-медицированный дерматоз. Распространённость его варьирует от 1-3% в США до 8-8,5% на Фарерских островах и в Норвегии [1]. В Российской Федерации псориазом страдают 1-2% населения.

Медико-социальная значимость этого заболевания заключается не только в значительном снижении качества жизни пациентов, но и в возможности вовлечения в патологический процесс суставного аппарата, преимущественно мелких суставов кистей, стоп и позвоночного столба, что приводит к ограничению трудоспособности и инвалидизации пациентов. Клинические проявления псориаза являются результатом аномальной пролиферации и дифференцировки кератиноцитов, инфильтрации дермы и эпидермиса иммунными клетками. Особая роль в патогенезе псориаза придаётся дендритным клеткам, количество которых в псориазической коже увеличено [2]. Дендритные клетки являются источником IL-23, цитокина, который наряду с FNO- α и IL-17, играет важную роль в патогенезе псориаза. IL-23 стимулирует Т-клетки, являющиеся источником IL-17 и IL-22 [3]. Раскрытие роли цитокинов в патогенезе псориаза позволило синтезировать ряд препаратов для биологической терапии этого дерматоза. Одним из таких препаратов является устекинумаб, представляющий собой полностью человеческие моноклональные антитела с высоким сродством к субъединице p40 IL-12 и IL-23. Связываясь с субъединицей p40 интерлейкинов, устекинумаб препятствует реализации их биологических эффектов: снижению функциональной активности субпопуляций Th1 и Th17 лимфоцитов и уменьшению выработки ими провоспалительных цитокинов [4].

Целью нашего исследования явилась оценка динамики клинических проявлений псориаза при проведении индукционной терапии устекинумабом.

Под нашим наблюдением находился пациент П. 46 лет с диагнозом распространённый вульгарный псориаз, стационарная стадия, внесезонный тип (PASI 22,1 балла). Проведённое скрининговое исследование не выявило противопоказаний к назначению устекинумаба. Из сопутствующих заболеваний диагностировано ожирение (ИМТ 34,8, рост 185 см, вес 119 кг), гипертоническая болезнь II стадии. Степень артериальной гипертензии 2. Атеросклероз аорты, сонных артерий. Риск 3 (высокий).

Status localis. Кожный патологический процесс распространённый, симметричный мономорфный, с преимущественной локализацией на коже волосистой части головы, разгибательной поверхности рук и ног, коже туловища. Высыпания представлены лентикулярными папулами округлой формы, красного цвета, по всей поверхности покрытыми рыхло сидящими серебристо-белыми чешуйками и бляшками красного цвета с выраженной инфильтрацией и шелушением. Ногтевые пластины желтоватого цвета, утолщены за счет подногтевого гиперкератоза, на их поверхности отмечаются точковидные углубления (симптом «напёрстка»). При поскабливании симптомы псориазической триады положительны. В ходе наблюдения за пациентом проводилось фотодокументирование кожного патологического процесса до начала терапии устекинумабом, на 4-й и на 16-й неделе наблюдения. Результаты наблюдений представлены на рисунке.

Индукционная терапия устекинумабом заключалась в подкожном введении 2 инъекций устекинумаба по 90 мг на 0-й и 4-й неделе. Других видов общей и наружной терапии псориаза не применялось.

Динамика кожного патологического процесса оценивалась по индексу распространённости и тяжести псориаза (PASI). В ходе наблюдения за пациентом уже после первой инъекции устекинумаба была отмечена положительная динамика в виде уменьшения эритемы, инфильтрации, шелушения в очагах поражения, индекс PASI составил 13,4 балла, что меньше исходного уровня индекса на 40%.



До лечения



На 4-й неделе



На 16-й неделе



До лечения



На 4-й неделе



На 16-й неделе



До лечения



На 4-й неделе



На 16-й неделе

Рис. Динамика клинических проявлений псориаза при проведении индукционной терапии устекинумабом

Дальнейшее наблюдение показало стабильную положительную динамику, – так на 16-й неделе индекс PASI был равен 2,9, т.е. меньше исходного индекса на 90%. При проведении лечения не было выявлено побочных реакций, отмечалось хорошее самочувствие пациента, улучшение его психо-эмоционального состояния и выраженная положительная динамика кожного патологического процесса.

Список литературы

1. Parisi R., Symmons D.P., Griffiths C.E., Ashcroft D.M., Identification and Management of Psoriasis and Associated Comorbidity (IMPACT) project team Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence // J Invest Dermatol. 2013;133(2):377-385.
2. Wagner E.F., Schonhaler H.B., Guinea-Viniegra J., Tschachler E. Psoriasis: what we have learned from mouse models // Nat Rev Rheumatol. 2010;6:704-714.
3. Brunner P.M., Koszik F., Reiningger B., Kalb M.L., Bauer W., Stingl G. Infliximab induces downregulation of the IL-12/IL-23 axis in 6-sulfo-LacNac (slan) + dendritic cells and macrophages // J Allergy Clin Immunol. 2013;132(1184-1193):e1188.
4. Leonardi C.L., Kimball A.B., Papp K.A., Yeilding N., Guzzo C., Wang Y., Li S., Dooley L.T., Gordon K.B. PHOENIX 1 study investigators. Efficacy and safety of ustekinumab, a human interleukin-12/23

monoclonal antibody, in patients with psoriasis: 76-week results from a randomised, double-blind, placebo-controlled trial (PHOENIX 1). Lancet. 2008.May.17;371(9625):1665-74.

РОЛЬ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ПУТЕМ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Шаяхметова Р.Р., Хузиханов Ф.В., Маллаева К.Н.

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Казань, Россия,
e-mail: roksalan@bk.ru

Наблюдающееся в последние десятилетия увеличение частоты кесарева сечения (КС) диктует необходимость оценки влияния операции кесарева сечения на младенца [3].

В США, по данным ВОЗ, 29-30% всех детей рождаются оперативным путем, в России этот показатель ниже и составляет 17-18% [4].

В отечественной литературе встречаются работы, посвященные изучению вопроса ранней адаптации новорожденных после кесарева сечения (КС) [1,5], но в то же время, многими авторами подчеркивается важность дальнейшего исследования данной проблемы с целью выбора тактики родоразрешения [2,4,7].

Состояние новорожденного во многом определяется анатомо-физиологическими особенностями матери, состоянием ее здоровья, течением беременности и родов. Доказано, что если адаптационно-компенсаторные резервы плода перед родами сохранены, исход родов для плода носит физиологический характер, но если имеет место отсутствие этих резервов, то потери в здоровье плода неизбежны. [2]

Таким образом, первостепенными задачами перинатальной медицины и службы родовспоможения являются создание оптимальных условий для осуществления женщиной функций материнства, сохранение ее здоровья, обеспечение рождения здорового ребенка.

В литературе встречаются единичные работы, в которых представлены сведения о неблагоприятном влиянии кесарева сечения на состояние здоровья детей дошкольного и школьного возраста [1,6,7]. В этих работах отмечено, что неестественный путь родоразрешения отрицательно отражается на состоянии здоровья детей в отсроченном периоде. В частности, у детей старше 6 лет, отмечена высокая инфекционная заболеваемость, 56% детей, родившихся путем кесарева сечения, часто болеют простудными заболеваниями. 2/3 детей отнесены к группе риска, у каждого пятого ребенка выявлены хронические заболевания в стадии компенсации. [1,4,5]

В директивных документах органов здравоохранения отсутствуют сведения об особенностях полиорганной адаптации детей, рожденных путем кесарева сечения, их дальнейшего развития, нет четких критериев прогнозирования состояния детей, что влияет на процесс выхаживания и диспансерного наблюдения.

Цель: изучить влияние социально-гигиенических факторов на уровень и характер заболеваний у детей, рожденных путем кесарева сечения (КС).

Материалы и методы

В детских поликлиниках г. Казани проведено исследование 1151 медицинских карт детей, рожденных путем кесарева сечения. Обследованные были разделены на 3 возрастные группы: до 1 года, с 1-3 лет, с 4 до 7 лет.

Методы исследования: социально-гигиенический, статистический, математический (однофакторный дисперсионный анализ).

С целью определения наличия и степени воздействия социально-гигиенических факторов на течение заболеваний у детей, рожденных путем КС был проведен однофакторный дисперсионный анализ по 10 наиболее значимым факторам.

Результаты исследования и их обсуждение

Уровень заболеваемости представлен в таблице 1.

Данные табл. 1 показывают, что с возрастом наблюдается увеличение заболеваемости среди детей, рожденных путем кесарева сечения, что, возможно, связано с поздним проявлением нарушений и ростом числа соматической патологии.

Анализируя данные таблицы 1 можно сделать вывод, что распространенность заболеваний среди детей, рожденных путем кесарева сечения довольно высока 593,40 на 1000 обследованных.

Для оценки влияния социально-гигиенических факторов на возникновение заболеваний у детей, рожденных путем кесарева сечения был использован однофакторный дисперсионный анализ. Группу социально-гигиенических факторов подбирали по принципу логической взаимосвязи с нарушениями, чаще всего возникающие после кесарева сечения. К социальным факторам относили материальное положение, жилищные условия; к социологическим – наличие полной семьи, злоупотребление алкоголем родителями; к гигиеническим – режим питания; к поведенческим – курение родителей. Результаты исследования приведены в табл. 2.

Таблица 1

Распространенность заболеваний среди детей, рожденных путем КС

Возраст, лет	Общее число обследований	Число выявленных лиц с заболеваниями	Распространенность на 1000 обследованных
0-1 года	390	203	520,51
1-3 лет	307	175	570,03
4-7 лет	454	305	671,81
Итого	1151	683	593,40

Таблица 2

Сила влияния социально-гигиенических факторов на заболеваемость у детей, рожденных путем КС

№	Факторы	Сила влияния, %	Ранги
1	Диспансерное наблюдение	77,06	I
2	Вакцинация	44,67	VI
3	Посещение детского дошкольного учреждения	57,77	III
4	Материальное положение	22,42	X
5	Семья	52,20	IV
6	Жилищные условия	50,34	V
7	Вскармливание	23,17	VIII
8	Питание	24,65	VII
9	Курение родителей	70,76	II
10	Злоупотребление алкоголя у родителей.	24,65	VII

Полученные данные свидетельствуют о том, что влияние подавляющего большинства факторов на развитие заболеваний, рожденных путем КС оказалось существенным. Изучение силы и иерархии влияния факторов, позволит нам разработать прогностические таблицы риска развития заболеваний среди детей, рожденных путем кесарева сечения.

Выводы

Вышеприведенные данные позволяют сделать вывод о влиянии различных социально-гигиенических факторов на возникновение заболеваний у детей, рожденных путем КС. Большинство этих факторов являются управляемыми.

Определение силы влияния того или иного неблагоприятного фактора позволит нам в дальнейшем разработать комплекс мероприятий по медико-социальной профилактики, что должно повысить эффективность диспансерного наблюдения у детей, рожденных оперативным путем.

Список литературы

1. Ахмадеева Э.Н., Амирова В.Р., Брюханова О.А. Особенности микробного пейзажа новорожденных в зависимости от способа родоразрешения // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2006. – №2. – С. 19-21.
2. Башмакова Н.В. Роль прогнозирования интранатальных факторов риска // Акушерство и гинекология. – 2008. – № 3. – С. 57-61.
3. Горбачева А.В. Ближайшие и отдаленные результаты повторного кесарева сечения: автореферат. 2008. ГРНТИ 76.29.48.
4. Кравченко В.П. Сравнительная оценка развития детей, рожденных с помощью кесарева сечения и путем естественных родов // Педиатрическая фармакология. – 2009. – Т. 6. – С. 99-100.
5. Николаева И.В., Анохин В.А., Купчихина Л.А., Герасимова Е.С. Состав кишечной микрофлоры у детей, рожденных путем кесарева сечения // Вестник Уральской медицинской академической науки. – 2008. – № 2. – С. 108-110.
6. Хузиханов Ф.В., Ахмадиева Р.С., Башкирова Д.Ш. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья девочек 12-16 лет // Казанский медицинский журнал. – 2003. – №2. – С. 148-149.
7. Хузиханов Ф.В., Шахметова Р.Р. Сравнительный анализ заболеваемости репродуктивной системы девочек-подростков // Успехи современного естествознания. – 2013. – № 9. – С. 73-75.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПСИХОВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Шерстнев Д.Г., Елизарова С.Ю., Сидорович О.В.

ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Россия, e-mail: sherstn-dmitrij@yandex.ru

Актуальность

Изучение нервно-психического развития и качества жизни больных с различной соматической патологией, в последние годы получили широкое распространение не только за рубежом, но и в России.

Цель исследования: оценить качество жизни и особенности психовегетативного статуса детей с хронической болезнью почек.

Материал и методы

Было обследовано 43 ребенка, находящихся на обследовании и лечении в клинике факультетской педиатрии 3 ГКБ им С.Р. Миротворцева с хронической болезнью почек, диагноз подтвержден снижением СКФ (снижение клубочковой фильтрации), рассчитанным по формуле Шварца. Для исследования качества жизни детей использован опросник PedsQLTM 4.0. Данный опросник включает анкеты для детей 4 возрастных групп (2-4 года, 5-7 лет, 8-12 лет и 13-18 лет) и их родителей. Ответы на вопросы представлены в виде шкал Ликерта. После проведения шкалирования результаты оценки выражают в баллах от 0 до 100 по каждой из четырех шкал опросника.

Исследование психофизиологического статуса (ПФС) проводилось на компьютерном комплексе «НС-Психотест» (ООО «Нейрософт», Россия, Иваново).

Использовались методики:

1. Шкала эмоциональной возбудимости (ШЭВ) (модификация Рукавишников).
2. Методика САН (самочувствие, активность, настроение) в адаптации А. Гончарова.
3. Тест Люшера.

Результаты и обсуждение

По данным цветового теста Люшера у 31 (75%) ребенка с ХБП выявлен высокий уровень тревожности, у 11 (25%) средний уровень тревожности. У 88% детей установлен психологический дискомфорт, который связан с невротическим расстройством, связан с чрезмерной эмоциональной активностью и возбудимостью, у 12% дискомфорт связан с негативизмом, агрессивностью и раздражительностью, вызванным отсутствием доверием к окружающим.

82% обследуемых нуждаются в покое и отдыхе.

По данным методики «Шкала эмоциональной возбудимости» у 26(62%) отмечается высокий уровень эмоциональной возбудимости, низкие адаптационные возможности психологической сферы, низкая стрессоустойчивость, высокий риск развития невроза.

Лишь у 38 % обследуемых низкий уровень эмоциональной возбудимости, высокие адаптационные возможности и высокая стрессоустойчивость.

У 80 % опрошенных больных выявлено благоприятное состояние по шкале САН.

По мнению детей, наблюдается снижение физического функционирования на 56,5%, эмоционального функционирования на 32% , снижение социального функционирования в 57% случаев, однако, снижение учебной деятельности наблюдается у 25% опрошенных больных. В целом снижение показателей функционирования составляют 44,2% (около половины группы пациентов). Родители детей с ХБП, по результатам опроса, считают, что у их детей наблюдается снижение физического функционирования на 45,4%, эмоционального функционирования в 22,5% случаев, социального функционирования в 42,5% случаев, а вот снижение учебной деятельности наблюдается лишь у 15% опрошенных родителей. В целом снижение функционирования наблюдается в 31,4% случаев.

Выводы

У детей с ХБП отмечается особенности психовегетативного статуса, что необходимо учитывать в лечении и реабилитации таких больных. Качество жизни детей с ХБП имеет снижение примерно в 50% случаев. Родители недостаточно глубоко оценивают снижение качества жизни своих детей. Необходимо провести разъяснительные работы с родителями, для улучшения качества жизни детей с ХБП и консультация психолога.

КРИСТАЛЛОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Шильковский Ю.А., Ковалевский А.Д.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия, e-mail: studentstom@rambler.ru

Сохранение стоматологического здоровья школьников [1], студентов [2,3], взрослого населения [4,5] является значимой проблемой нынешнего общества. Острым периодом для стоматологического здоровья женщин является беременность [6,7]. Наблюдается увеличение интенсивности кариеса зубов, прирост

кариеса, увеличение распространенности заболеваемости слизистой оболочки полости рта и тканей пародонта [8]. Санация полости рта беременных отличается тем, что наблюдаемые беременные женщины каждый год меняются, поэтому объем лечебной работы зависит от качества стоматологической помощи в данном регионе.

Кристаллографическое исследование является простым, но информативным способом оценки физико-химических свойств биологических жидкостей. Особенности кристаллографической картины ротовой жидкости могут использоваться для диагностики патологии полости рта в качестве дополнения к другим диагностическим методам [9]. Сущность его заключается в анализе фигур кристаллизации, которые образуются при высушивании различных биологических жидкостей. Видоизменение кристаллов слюны указывает на изменение минерализующей функции ротовой жидкости и дает возможность использовать полученные данные как дополнительные методы диагностики заболеваний полости рта.

В данной работе мы изучали изменения высохшей капли слюны у 48 беременных женщин. Ротовую жидкость наносили на предметное стекло в виде капли объемом 0,1 мл и высушивали при температуре 18–25°C в горизонтальном положении. Исследование структуры образцов слюны осуществляли с помощью оптического микроскопа.

При оценке результатов исследования мы выявили, что в зависимости от вида стоматологической патологии наблюдается изменение структуры кристаллов. В норме кристаллы слюны имеют четкую древовидную структуру. При интенсивности кариеса у беременных женщин от 7 до 10 структура кристаллов сохраняла свою четкость в центре и приобретала нечеткую форму по краям. При интенсивности кариеса выше 11 отмечались структуры кристаллов неправильной формы, хаотически располагающиеся по поверхности капли. Полное отсутствие какой-либо формы у кристаллов отмечалось при интенсивности кариеса зубов более 19.

Кристаллы слюны при заболеваниях пародонта были правильной формы, но более вытянуты, более насыщены, полностью занимали пространство капли. По краям капли наблюдались радиальные полосы или трещины.

Таким образом, проведенное исследование показало, что изучение кристаллографической картины ротовой жидкости является простым информативным методом, имеет значение для уточнения диагноза и может использоваться как контроль за результатами лечения.

Список литературы

1. Сызранова Н.Н., Денисенко Л.Н. Внеучебная деятельность школьников здоровьесберегающей направленности // Здоровье и образование в XXI веке. – 2012. – Т. 14, № 4. – С. 336-337.
2. Крюкова А.В., Осипов А.Е., Денисенко Л.Н. Стоматологическое здоровье студентов // Успехи современного естествознания. – 2013. – № 9. – С. 54.
3. Цырюльников А.А., Крюкова А.В., Денисенко Л.Н. Стоматологический статус студентов // Успехи современного естествознания. – 2014. – № 6. – С. 120-121.
4. Афанасьева О.Ю., Малоков А.В., Максютин И.А., Сербин А.С., Алешанов К.А. Роль и проблемы внедрения медицинских стандартов в стоматологию // Медицинский алфавит. – 2012. – Т. 4, № 19. – С. 3-5.
5. Афанасьева О.Ю., Малоков А.В., Сербин А.С., Денисенко Л.Н., Алешанов К.А. Гарантии и гарантийные обязательства на стоматологическое лечение // Медицинский алфавит. – 2014. – Т. 3, № 13. – С. 57-59.
6. Харитоновна М.П., Смирнова А.М. Применение низкоинтенсивного лазерного излучения в комплексном лечении хронического катарального гингивита у беременных женщин с тромбофилией // Маэстро стоматологии. – 2012. – № 46. – С. 7-11.
7. Денисенко Л.Н., Деревянченко С.П., Колесова Т.В. Стоматологическое здоровье беременных женщин // Здоровье и образование в XXI веке. – 2012. – Т. 14, № 2. – С. 147.

8. Денисенко Л.Н., Данилина Е.В. Оценка состояния пародонта беременных женщин до и после лечения // Здоровье и образование в XXI веке. – 2010. – Т. 12, № 10. – С. 496-497.

9. Денисенко Л.Н., Данилина Т.Ф., Ткаченко Л.В., Касибина А.Ф., Данилина Е.В. Влияние железодефицитной анемии на состояние полости рта беременных женщин // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2007. – № 3. – С. 68-71.

ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Шинтаев Т.К., Вяликова Ю.В., Алиева А.Я.,
Найко Ю.В., Шляхова И.Ю.

ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России,
Саратов, Россия, e-mail: tyamyrrrka@rambler.ru

Согласно проведенным исследованием проблема лечения бесплодия в настоящее время приобретает огромное не только медицинское, но и социально-демографическое значение.

Экстракорпоральное оплодотворение вполне обоснованно рассматривается сегодня как наиболее эффективный инструмент, позволяющий преодолевать фактически любые формы женского, мужского и смешанного бесплодия.

Цель исследования: оценить исходы беременности и родов у пациенток после экстракорпорального оплодотворения.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе ПЦ МУЗ ГКБ № 8 г. Саратова. В основу работы положены клинические наблюдения за течением беременности и родов у 44 пациенток. Выделены основная группа – 28 беременных после ЭКО и группа сравнения – 16 беременных с естественным путем оплодотворения.

Результаты исследования

Возраст обследуемых женщин в основной группе варьировал от 26 до 42 лет (в среднем 34±4), в группе сравнения – от 18 до 40 лет (в среднем 29±4,2).

Детальное изучение анамнеза женщин показало наличие отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза у всех пациенток (100%) основной группы, то время как в группе сравнения – лишь у 10 (62,5%) пациенток. Основными показаниями к проведению ЭКО было трубно-перитонеальное бесплодие – в 23 (82,1%) случаях, эндокринное бесплодие – 1 (3,5%), смешанного генеза – 1 (3,5%), мужской фактор бесплодия отмечен в 1 (3,5%), неясного генеза – 2 (7,1%). Многоплодная беременность в основной группе встречалась у 9 (32,4%) беременных, одноплодная – у 19 (67,8%) беременных соответственно, в группе сравнения в 100% отмечалась одноплодная беременность. В основной группе встречались такие осложнения течения беременности как: угроза прерывания беременности – 28 (100%) пациенток, хроническая гипоксия плода на фоне ФПН – у 15 (53,5%) беременных. Следует отметить, что угроза прерывания беременности в группе сравнения встречалась у 5 (27,8%) пациенток. В основной группе беременность завершилась преждевременными родами у 7 (25%), оперативное родоразрешение отмечалось у 28 (100%) пациенток. Показаниями для кесарева сечения являлись: нарастающее многоводие, преэклампсия тяжелой степени, ЗВУР одного из двойни, поперечное положение плода. В группе сравнения преждевременные роды встречались у 3 (18,7%), оперативное родоразрешение – у 5 (31,3%) пациенток. Анализ историй новорожденных показал, что после ЭКО родились дети с массой тела 2894±513г и оценкой по

шкале Апгар 6,87±0,9 баллов, тогда как у женщин с естественным оплодотворением масса детей составила 3187±425 г и оценкой по шкале Апгар 7,76±0,7 баллов.

Вывод

Течение беременности с использованием ЭКО сопровождаются угрозой прерывания беременности в 100% случаев, что диктует необходимость более детального подхода к проведению вспомогательных репродуктивных технологий и качественной прегравидарной подготовки.

МИКРОСКОПИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРИ ДИСБИОЗЕ ВЛАГАЛИЩА НА ФОНЕ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Шляпникова М.П., Морева Ж.Г.

Ивановская государственная медицинская академия, Иваново, Россия, e-mail: masha17.95@mail.ru

Влагалищная микробиота в организме женщин выполняет защитную функцию. Однако, при наличии специфических возбудителей, передающихся половым путем, нормоценоз изменяется, изменения во влагалищном биоценозе в начале могут не сопровождаться видимыми клиническими проявлениями. Поэтому, актуальным является микроскопический анализ мазков, взятых со слизистых оболочек мочеполовых органов, с выявлением характера дисбиотических нарушений нормальной микрофлоры.

Целью работы явился микроскопический анализ мазков, взятых у женщин из разных отделов половых органов.

Для исследования, в женской консультации, у 25 женщин репродуктивного возраста, с наличием урогенитальных инфекций, врачом-гинекологом были забраны мазки из влагалища и цервикального канала. Работа выполнялась на кафедре микробиологии и вирусологии (зав. каф. д.м.н. проф. Гараско Е.В.). Был проведен микроскопический анализ 50 мазков, окрашенных по методу Грама. Степень дисбиоза влагалища оценивали по критериям Amsel, дополнительно смотрели наличие грибов р. *Candida* и влагалищных трихомонад.

При анализе мазков, взятых из влагалища, среднее количество эпителиальных клеток составило 21 клетка в поле зрения (п/з), из них 36% – ключевые клетки. Среднее количество лейкоцитов составило 9 клеток в п/з. Грамвариабельная микрофлора встречалась в большом количестве: у 72% женщин преобладали грамположительные кокки и палочки; у 20% пациенток – грамотрицательные палочки; у 8% женщин – преобладали грамотрицательные палочки.

При анализе мазков, взятых из цервикального канала пациенток, среднее количество эпителиальных клеток составило 12 клеток в п/з, из них 28% – ключевые клетки. Среднее количество лейкоцитов равнялось 15 клеткам в п/з. Грамвариабельная микрофлора встречалась в следующем количестве: у 80% женщин преобладали грамотрицательные и грамположительные палочки, а у 20% пациенток – одновременно грамположительные кокки и грамотрицательные палочки. У 8% пациенток в мазках обнаружены *Trichomonas vaginalis*, а у 40% женщин обнаружены грибы рода *Candida*.

Проведенные исследования указывают на выраженные изменения в нормоценозе половых органов. Это проявляется обилием грамвариабельной микрофлоры и присутствием ключевых клеток, и свидетельствует о протекании инфекционных заболеваний.

СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У БЕРЕМЕННЫХ С ПОЗДНИМИ ТОКСИКОЗАМИ

Ярмова Э.Н., Солодова Ю.О., Денисенко Л.Н., Сербин А.С.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия, e-mail: studentstom@rambler.ru

Здоровье всех слоев населения постоянно находится в поле зрения исследователей [1]. Здоровье полости рта школьников [2], студентов [3,4], взрослого населения [5] является значимой проблемой нынешнего общества. Особую группу составляют женщины, готовящиеся стать матерью [6,7]. Беременность приводит функциональную перестройку органов и систем в организме женщины, что находит отображение и в полости рта. Немаловажные нарушения обменных процессов выявляются у женщин, страдающих поздним токсикозом беременности.

Из наблюдаемых в течении беременности 450 женщин нами была выделена группа из 89 человек, имеющих осложнение беременности (поздние токсикозы).

Результаты исследования показали, что начиная с 8-10 недели беременности гингивит встречался у 34,8%. При токсикозах беременности распространенность заболеваний пародонта второй половины беременности достигал 85%.

В структуре заболеваний пародонта мы определяли различные формы гингивитов: катаральный, гипертрофический, язвенно-некротический легкой, средней и тяжелой степени тяжести. В первой половине беременности в 98,1% случаях имелась катаральная форма гингивита легкой степени тяжести. На 5-6 месяце беременности при повторном осмотре в 26% случаях наблюдалась средняя степень тяжести катарального гингивита. В 2,1% случаев происходило обострение патологического процесса и диагностировалась тяжелая форма катарального гингивита. Гипертрофический гингивит наблюдался у 10,6% женщин. Он протекал в виде папиллита отдельных десневых сосочков. Во второй половине осложненной беременности гипертрофический гингивит встречался в 19,1%, в виде отечной формы, в 2,02% случаев фиброзная форма.

Основной причиной гипертрофических гингивитов являлись местные травмирующие факторы – наддесневые зубные отложения, неправильно поставленные пломбы на апроксимальных поверхностях, наличие травматических протезов. Уровень гигиены по Green-Vermillion составлял 2,43. После обучения беременных женщин гигиеническим навыкам по уходу за полостью рта при динамическом наблюдении отмечалось улучшение гигиенического состояния до 1,3.

Таким образом, у женщин во время патологической беременности создаются предпосылки к возникновению и обострению катаральных и гипертрофических гингивитов. Важное значение в профилактике гингивитов принадлежит контролируемой гигиене полости рта, удалению травмирующих факторов.

Список литературы

1. Афанасьева О.Ю., Малоюков А.В., Сербин А.С., Денисенко Л.Н., Алешанов К.А. Гарантии и гарантийные обязательства на стоматологическое лечение // Медицинский алфавит. – 2014. – Т. 3, № 13. – С. 57-59.
2. Сызранова Н.Н., Денисенко Л.Н. Внеучебная деятельность школьников здоровьесберегающей направленности // Здоровье и образование в XXI веке. – 2012. – Т. 14, № 4. – С. 336-337.
3. Денисенко Л.Н., Деревянченко С.П., Колесова Т.В. Стоматологическое здоровье беременных женщин // Здоровье и образование в XXI веке. – 2012. – Т. 14, № 2. – С. 147.
4. Денисенко Л.Н., Данилина Е.В. Оценка состояния пародонта беременных женщин до и после лечения // Здоровье и образование в XXI веке. – 2010. – Т. 12, № 10. – С. 496-497.

5. Денисенко Л.Н., Данилина Т.Ф., Ткаченко Л.В., Касибина А.Ф., Данилина Е.В. Влияние железодефицитной анемии на состояние полости рта беременных женщин // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2007. – № 3. – С. 68-71.

6. Харитонов М.П., Смирнова А.М. Применение низкоинтенсивного лазерного излучения в комплексном лечении хронического катарального гингивита у беременных женщин с тромбофилией // Маэстро стоматологии. – 2012. – № 46. – С. 7-11.

7. Лепилин А.В., Дубровская М.В. Иммунологические нарушения в формировании заболеваний пародонта у беременных // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2010. – Т. 6, № 2. – С. 392-396.

8. Волошина И.М. Взаимосвязь состояния здоровья беременных женщин и стоматологического статуса их детей // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2013. – Т. 12, № 1 (44). – С. 26-29.

9. Проходная В.А., Максуюков С.Ю., Гаджиева Д.Н. Структура заболеваний пародонта у беременных женщин в ростовской области и влияние комплайенса к терапии на течение патологии // Кубанский научный медицинский вестник. – 2014. – № 1 (143). – С. 144-147.

10. Орехова Л.Ю., Александрова А.А., Мусаева Р.С., Посохова Э.В. Особенности стоматологического статуса у пациентов с сахарным диабетом и беременных женщин // Пародонтология. – 2014. – № 4 (73). – С. 18-25.

Секция «Безопасность жизнедеятельности»

научный руководитель – *Малинина Елена Владимировна, старший преподаватель*

СТРАТЕГИЯ ПОВЕДЕНИЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ В КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЯХ

Денисов А.В., Михалюк М.А., Малинина Е.В.

ГБОУ ВПО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Минздрава России,
Владивосток, Россия, e-mail: vahnenko_elena@mail.ru

На сегодняшний день весьма актуальна проблема урегулирования конфликтных ситуаций в студенческой среде с позиции социального управления, где преподаватели и студенты представляют собой единый учебно-воспитательный коллектив, действующий как личность.

Можно утверждать, что – межличностное или межгрупповое противоборство, основанное на осознанном каждой из сторон противоречии или столкновении принципов, мнений, оценок, характеров или эталонов поведения людей.

Цель исследования. На основе социологического анализа оценить личностные стратегии поведения в процессе разрешения конфликтных ситуаций у студентов – медиков.

Материалы и методы

Материалом для настоящего исследования послужили данные проведенного анкетирования студентов – медиков 2 курса учебно – военного центра. Проанализировано 36 анкет по методике К. Томаса «поведение в конфликтных ситуациях» и по разработанной нами анкете.

Результаты исследования

По способности выхода из конфликтных ситуаций у студентов преобладали, прежде всего, на первом месте – компромисс или экономический тип – 27,4%, на втором месте – сотрудничество или корпоративный тип – 21,8%, на третьем месте – избегание или традиционный тип – 20,6%, на четвертом – приспособление (приспосабливание) – 16%, на пятом – соперничество (конкуренция) – 14%. При оценке неформального лидерства в группах 25% указали на наличие одного лидера. По данным анкетирования ведущим стилем управления внутригрупповых отношений является либеральный (формальный), что отметили 50% анкетиремых.

Выводы

В большинстве случаев стратегия поведения студентов – медиков в конфликтных ситуациях характеризовалась высокой степенью партнёрства и реализацией интересов в достижении их целей. Разрешение конфликта – большое искусство, поэтому конструктивный подход к разрешению того или иного конфликта может часто являться источником урегулирования конфликтных ситуаций в студенческой среде.

О СОСТОЯНИИ И МЕРАХ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ НАРКОМАНИИ

Сысоева Я.А., Демьянова Л.М.

Волгодонский институт (филиал) Южного федерального университета, Волгодонск, Россия, e-mail: jaano4ka@mail.ru

В настоящее время людей, употребляющих наркотики, больше, чем когда-либо ранее, и многие из наркоманов являются молодыми людьми. «Наркотиками» они обычно именуются в повседневной жизни вещества. В науке же это называется «психоактивным веществом». Психоактивное вещество – это любое вещество, которое может изменять у человека его восприятие, настроение, способность к познанию, поведение и двигательные функции. Наркоманией называется болезнь, вызванная систематическим употреблением наркотических средств, проявляющаяся психической и физической зависимостью.

Наркотики (психоактивные вещества) принято разделять на «легальные и нелегальные». К легальным относятся вещества, не запрещенные законом к употреблению, хранению и распространению. Продажа этих веществ приносит значительный доход, и их употребление исторически обусловлено. Это не значит, что они не оказывают вредного воздействия на психику и организм человека, большинство легальных наркотиков чрезвычайно вредны.

К легальным наркотикам относят: 1) ряд лекарственных средств, которые применяются лишь в период болезни, при строгом соблюдении правил применения и контролем врача; 2) никотин – вызывает психологическую и физиологическую зависимость, способствует развитию рака легких, заболеваний дыхательных путей и болезней сердца; 3) алкоголь – вызывает психологическую и физиологическую зависимость, изменяет сознание человека, приводит к распаду психики и слабоумию; 4) пиво также является алкоголем и вызывает такие же последствия.

К нелегальным наркотикам относится целый список веществ, утвержденный правительством страны, употребление, распространение и хранение которых является противозаконным. К этой группе относятся: 1) производные конопли – марихуана, гашиш, анаша и т.д.; 2) опиоиды (наркотики, изготовленные из мака или действующие сходным с ним образом) – героин, морфий, опий и т.д.; 3) стимуляторы – экстази, кокаин, эфедрин, эфедрой, винт, первитин и т.д.; 4) галлюциногены – ЛСД, некоторые грибы и т.д.; 5) снотворно-седативные (успокоительные) средства.

По данным федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков количество преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров или аналогов, сильнодействующих веществ, заарестированных в 2014 году, – 43 801. Количество вы-

явленных административных правонарушений, связанных с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров или аналогов в этом же году – 27 394. Число лиц, совершивших преступления, связанные с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров или аналогов, сильнодействующих веществ 18 475. Количество наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, сильнодействующих веществ, изъятых на момент возбуждения уголовного дела в 2014 году – 9 т 963 кг, что составляет 130 434 760 разовых доз. Большую долю 66,6 составляют такие вещества как гашиш и марихуана, еще по 10% – Психотропные вещества и синтетические наркотические средства [1].

Государством предусмотрены различные меры, направленные на сокращение числа лиц, употребляющих наркотики. В целях обеспечения безопасного, устойчивого и эффективного противодействия наркотизации осуществляется государственное регулирование оборота наркотических средств и психотропных веществ, совершенствование правоохранительной деятельности, а также правовые меры, которые предусматривают ответственность не только за употребление наркотиков.

Так, человек, занимающийся хранением, распространением наркотических веществ, склоняющий к употреблению других, а также злостно уклоняющийся от лечения по поводу зависимости от них, подлежит уголовной ответственности.

Незаконные приобретение, хранение, перевозка, изготовление, переработка без цели сбыта наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов в значительном размере, а также незаконные приобретение, хранение, перевозка без цели сбыта растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества в особо крупном размере наказываются лишением свободы на срок от десяти до пятнадцати лет со штрафом в размере до пятисот тысяч рублей.

Ответственность также предусмотрена за склонение к потреблению наркотических средств или психотропных веществ, незаконное культивирование растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества либо их прекурсоров, организацию или содержание притонов для употребления наркотических средств или психотропных веществ.

Также, уголовная ответственность распространяется на такие виды преступлений, как хищение и вы-

могательство наркотических средств (ст. 229 УК РФ), незаконная выдача или подделка рецептов на наркотические средства (с. 233 УК РФ).

Кроме того, Кодекс об административных правонарушениях РФ предусматривает ответственность и за потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача, уклонение от прохождения лечения от наркомании и (или) медицинской и (или) социальной реабилитации, пропаганду наркотических средств и психотропных веществ.

Федеральный Закон от 8 января 1998 г. № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» (статья 4, пункт 2) особо отмечает, что одним из принципов государственной политики в области противодействия незаконному обороту наркотиков является приоритетность мер по профилактике наркомании и стимулирование деятельности, направленной на антинаркотическую пропаганду [3]. К органам и учреждениям системы профилактики отнесены органы управления образованием и образовательные учреждения, обеспечивающие выявление несовершеннолетних, находящихся в социально опасном положении, и осуществляющих индивидуальную профилактическую работу ними.

Профилактикой наркопреступлений являются совершенствование норм законодательства, прежде всего, уголовного и непосредственно связанного с уголовным, юридическая регламентация деятельности субъектов профилактики наркопреступлений, применение норм закона в отношении потенциальных нарушителей запретов в сфере оборота наркотических средств и психотропных веществ. Криминологическая правовая профилактика непосредственно связана с эффективностью превентивного воздействия норм уголовного права, устанавливающих ответственность за преступления, связанные с незаконным оборотом наркотических средств и психотропных веществ, поскольку наркопреступления являются наиболее негативными проявлениями наркотизма и фактором, продуцирующим распространение наркомании, способствующим наркотизации населения.

Список литературы

1. Федеральная служба Федеральная служба Российской Федерации по контролю за оборотом наркотических средств [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://fskn.gov.ru/>
2. Уголовный кодекс РФ от 13.06.1996 №63 – ФЗ // СЗ РФ. – 1996. – № 25. – Ст. 2954.
3. ФЗ РФ «О наркотических средствах и психотропных веществах» от 08.01.1998 № 3-ФЗ // – 1998. – №2. – Ст. 219.
4. Трушкина Л.Ю., Трушкин А.Г., Демьянова Л.М. Гигиена и экология человека: 4-е изд. – М.: ТК Велби, Изд-во Проспект, 2006. – 528 с.

Секция «Неврология»

**научный руководитель – Карнов Сергей Михайлович, доктор мед. наук
заведующий кафедрой неврологии**

ПЕРЕСАДКА СТЕВЛОВЫХ КЛЕТОК БОЛЬНЫМ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ КАК НОВЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ

Абдуллаева А.М., Шевченко П.П.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия,
e-mail: nasik8693@gmail.com

Актуальность

Рассеянный склероз – это хроническое аутоиммунное заболевание ЦНС, которое клинически проявляется мультифокальной неврологической симптоматикой, а патоморфологически характеризуется образованием очагов демиелинизации в белом веществе

головного и спинного мозга [4]. Заболевание проявляется у лиц молодого и среднего возраста (18-50 лет) [2]. Одним из современных методов лечения РС является трансплантация кроветворных стволовых клеток, эффективность которой связана с воздействием на иммунопатогенез заболевания [6].

Цель: проанализировать эффективность пересадки стволовых клеток больным рассеянным склерозом

Результаты исследования

Стволовые клетки обладают уникальным свойством, которое применяется в терапии многих заболеваний, в том числе рассеянного склероза. Дело в том, что они способны дифференцироваться в те клетки тканей, где они находятся. Клеточная терапия рассе-

янного склероза ведет к восстановлению миелиновой оболочки нервных волокон, а также регенерации клеток мозга, поврежденных фиброзной тканью.

По мнению ученых использование стволовых клеток до конца не изучено. Стволовые клетки благотворно влияют на работу иммунной системы, которая играет роль в возникновении рассеянного склероза. Стволовые клетки при лечении рассеянного склероза устраняют рубцовую ткань, которая образуется при разрушении миелина нервных волокон. А это, в свою очередь, благотворно влияет на восстановление проводимости нервных импульсов, что важно для умственных, зрительных, речевых и других функций ЦНС. Кроме того, проводить мероприятия по реабилитации рекомендуется только после терапии стволовыми клетками, так как после восстановления проводимости нервных импульсов пациент уже может сам себя обслуживать, ходить и четко видеть и вернуть свой социальный статус.

Процедура лечения рассеянного склероза стволовыми клетками состоит из трёх этапов. На первом этапе клеточной терапии проводится забор биоматериала пациента и выделение из него стволовых клеток. Полученные стволовые клетки выращиваются в особых лабораторных условиях до количества 200 миллионов клеток в течение 3-4 недель. Затем пациенту внутривенно вводится половина этих клеток. Вторая половина клеток замораживается для возможного дальнейшего использования. На втором и третьем этапах клеточной терапии стволовые клетки вводятся пациенту с временным интервалом в 6 месяцев. Трансплантация стволовых клеток проводится амбулаторно, пациент может в тот же день идти домой и заниматься своими обычными делами. [5] Клеточная терапия рассеянного склероза проводится в сочетании с комплексом других методов лечения рассеянного склероза. Кроме того, стволовые клетки улучшают полученные результаты лечения заболевания.

Вывод

Таким образом, пересадка стволовых клеток представляется весьма перспективным направлением в терапии больных рассеянным склерозом, но требуется дальнейшее изучение.

Список литературы

1. Шевченко П.П., Карпов С.М., Рзаева О.А., Янушкевич В.Е., Конева А.В. Рассеянный склероз: этиопатогенез с позиции современной науки // Успехи современного естествознания. – 2014. – №6.
2. Пажигова З.Б., Карпов С.М., Шевченко П.П., Каширин А.И. Клинико-неврологическая характеристика больных с рассеянным склерозом с учетом тяжести состояния // Фундаментальные исследования. – 2014. – №7-4.
3. Пажигова З.Б., Карпов С.М., Шевченко П.П., Бурнусус Н.И. Распространенность рассеянного склероза в мире (обзорная статья) // Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – №1-2.
4. Шевченко П.П. Распространенность и клиническая характеристика рассеянного склероза в Ставропольском крае: автореф. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 1992.
5. Ранняя трансплантация стволовых клеток при РС. – URL: http://www.quality-life.ru/klin_nabl03.php
6. Рассеянный склероз и лечение стволовыми клетками. – URL: <http://www.s-cells.ru/multiple-sclerosis/>
7. Современные методы лечения рассеянного склероза. – URL: http://mosors.narod.ru/lechenie_ms.html

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ КУПИРОВАНИЯ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО СТАТУСА

Аскарова А.Т., Вардак Зияульхак,
Шевченко П.П., Карпов С.М.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия,
e-mail: adalayt_askarova@mail.ru

Актуальность

Эпилептический статус (ЭС) – это серия эпилептических приступов, следующих один за другим, и в период между

припадками не происходит полной релаксации мышц и восстановления сознания, либо это единичный приступ, продолжительность которого составляет свыше 20 мин. Эпилептический статус может наблюдаться при любой форме припадков, но наиболее опасной является тонико-клоническая фаза – как при первично генерализованных, так и при парциальных приступах с вторичной генерализацией. Подобная форма встречается у 80% больных [2].

Зачастую ЭС представляет собой осложнение эпилепсии и развивается вследствие слишком быстрой отмены приема противоэпилептических препаратов, нарушения режима, соматически обусловленных и инфекционных заболеваний. Частота встречаемости эпилепсии в популяции достигает 0,3-2%. По данным ILAE (Международной противоэпилептической лиги) в России эпилепсией страдают 500 тыс. человек. Высокий риск возникновения болезни, а также проявление его в статусообразной форме, отмечают в детском и юношеском возрасте (у 75% пациентов первый приступ возникает до 18 лет) [1, 2].

В 15-20% случаев эпилептический статус может быть первым припадком, т.е. развиться у больного без анамнеза эпилептических припадков (инициальный ЭС). Наиболее частыми причинами инициального ЭС являются острые нарушения мозгового кровообращения, менингиты, энцефалиты, ЧМТ, опухоли [1].

ЭС представляет собой непосредственную угрозу для жизни больного, так как повторные припадки приводят к нарушению ликвородинамики, нарастающей внутричерепной гипертензии, отеку мозга, и как следствие, параличу витальных центров продолговатого мозга. Смертность при этом составляет 5-19% и зависит от этиологии [2].

Цель исследования: проанализировать современные методы купирования эпилептического статуса.

Результаты исследования

Оказание экстренной помощи больным эпилептическим статусом достаточно актуально в неврологии! Этапным купированием данного состояния являются следующие мероприятия:

- Скорая помощь: уложить больного набок, применить ротаторасширитель и языкодержатель с целью профилактики аспирации слизи, рвотных масс, а также западения языка. Ввести внутривенно медленно реланиум (седуксен, сибазон, диазепам) – 10 мг в смеси с 10 мл 40% глюкозы.
- Реанимационное отделение: продолжение проведения противосудорожной терапии из расчета 10 мг реланиума (седуксена, сибазона, диазепам) в смеси с 10 мл 40% глюкозы внутривенно капельно дробным методом;
- Дегидратационная терапия – лазикс (фуросемид) – 40мг внутривенно струйно;
- Симптоматическая терапия – для поддержания сердечной деятельности – кофеин, строфантин, коргликон, при артериальной гипотензии-мезатон и др.;
- Соматически обусловленная терапия;
- Люмбальная пункция с забором ликвора до 10-15 мл.

При отсутствии эффекта от проведенной терапии в условиях реанимационного отделения проводят ингаляционный наркоз в сочетании с миорелаксантами. Так же необходимо сохранять готовность к интубации трахеи и проведению ИВЛ [2, 3].

Выводы

Эпилептический статус является urgentным состоянием, требующим экстренных, этапных, эффективных методов лечения, к которым можно отнести противосудорожную, дегидратационную, симптома-

тическую терапию, а также немедленную госпитализацию в специализированное отделение с последующей подачей ингаляционного наркотика и проведением ИВЛ. Таким образом, своевременной и адекватно оказанная медицинская помощь при этом состоянии, снижает риск развития грозного и жизнеугрожающего осложнения в виде паралича витальных центров продолговатого мозга.

Список литературы

1. Кобалава Ж.Д., Моисеев С.В., Моисеев В.С. Основы внутренней медицины / под. ред. В.С. Моисеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 888 с.
2. Неврология и нейрохирургия: учебник. В 2 томах. Том 2. Нейрохирургия. Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И. 2-е изд., испр. и доп. 2013. – 424 с.: ил.
3. Гусев Е.И., Никифоров А.С., Гехт А.Б. Лекарственные средства в неврологической клинике. – М., 2003. – С. 241-244.
4. Карпов С.М., Шевченко П.П., Усачева М.Н., Цыганова В.Г. Современные представления об эпилепсии в период беременности // Успехи современного естествознания. – 2013. – №9. – С. 127-128.
5. Соколова И.В., Карпов С.М. Симптоматическая эпилепсия в детском и подростковом возрасте // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2012. – № 1. – С. 45-46.
6. Соколова И.В., Карпов С.М. Травматическая эпилепсия при ЧМТ // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2012. – № 1. – С. 44-45.

НАРУШЕНИЯ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Бадахова Д.К., Шевченко П.П.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия, e-mail: viki-194@mail.ru

Актуальность

Рассеянный склероз – аутоиммунное, хроническое, прогрессирующее заболевание центральной нервной системы. Заболевание является одной из важнейших проблем в неврологии, с органическим поражением центральной нервной системы. Рассеянным склерозом заболевают люди молодого возраста. Средний возраст начала заболевания 17-47 лет. В Ставропольском крае рассеянный склероз составляет 23-25 тыс. больных на 100 000 тыс. населения, что является зоной средней степени риска заболевания. Так как рассеянный склероз поражает мужчин и женщин в молодом возрасте, то очень важно отметить изменения в эндокринной системе при данном заболевании.

Цель: проанализировать нарушения эндокринной системы при рассеянном склерозе и их влияние на клиническое течение заболевания.

Результаты исследований

При рассеянном склерозе происходит нарушения в функционировании гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы и системы тимус-кора надпочечников.

Гормоны гипофиза или периферических эндокринных желез поступают в цереброспинальную жидкость из крови и затем воздействуют на гипоталамус и гипофиз посредством контакта через ликвор. Но возможен механизм, когда нейросекреторные системы мозга освобождают гормоны непосредственно в ликвор, после чего осуществляется регуляция эндокринных функций. Поскольку в ликворе содержатся в превышающих пределы нормы активированные антитела, то возрастает риск аутоагрессии к секретирующим клеткам эндокринной системы.

Патологические изменения в системе тимус-кора надпочечников может быть связана и со снижением функции коры надпочечников, обладающей иммуносупрессивным эффектом и подавляющей метаболизм в тимусе; и изначально ослабленное развитие тимуса

– органа в котором происходит селекция Т-лимфоцитов. При этом снижение функции тимуса приводит дополнительно к резкому падению энергообмена в эритроцитах. По мнению ряда ученых эритроциты являются главными антигенсорбирующими клетками нашего организма. Снижение их функции приводит к формированию значительного иммунодефицитного состояния.

Изменения в щитовидной железе при рассеянном склерозе встречается в 25% случаях. Довольно часто при данном заболевании развивается гипотиреоз, что клинически проявляется в виде повышения утомляемости, сонливости, сухости во рту, гипохромной анемией, гирсутизмом. В единичных случаях – тиреотоксикоз на фоне тиреоидита Риделя и болезни Грейвса. У больных с рассеянным склерозом в крови повышается уровень тироксина, а трийодтиронин и тиреотропный гормон снижается. Определенную роль могут играть половые гормоны, так как ,например у мужчин в 30-40 лет в организме начинают снижаться уровень тестостерона, что приходится на пик развития заболевания у данного контингента людей.

Определенную роль могут играть половые гормоны, так как ,например у мужчин в 30-40 лет в организме начинает снижаться уровень тестостерона ,что приходится на пик развития заболевания у данного контингента людей. Овариально-менструальная дисфункция выявляется у каждой второй женщины с рассеянным склерозом.

Вывод

При рассеянном склерозе происходит нарушения в эндокринной системе. Можно часто встретить рассеянный склероз, ассоциированный с сахарным диабетом, гипотиреозом, болезнью Аддисона. И в 10% случаев больные с рассеянным склерозом лечатся по поводу заболеваний эндокринной системы.

Список литературы

1. Шевченко П.П. Распространенность и клиническая характеристика рассеянного склероза в Ставропольском крае: автореферат. – Новосибирск, 1992.
2. Karpov S.M., Pazhigova Z.B., Karpova E.N. Visual evoked potentials im examining the visual analyser in patiens with multiple sclerosis. Neurology. Neuropsychiatry. Psycholomatics. 2014.
3. Шмидт Т.Е., Яхно Н.Н. Рассеянный склероз. – М., 2010.
4. Гусев Е.И., Багирь Л.В., Батышева Т.Т., Бойко А.Н. Клиника нервных и психических заболеваний.
5. Пажигова З.Б., Карпов С.М., Шевченко П.П., Бурнус Н.И. Распространенность рассеянного склероза в мире // Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – №1-2. – С. 78-82.

АЛКОГОЛИЗМ, КАК МИРОВАЯ ПРОБЛЕМА

Васильков Ю.Ю.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия, e-mail: vasilkov19933@yandex.ru

Актуальность

Причиной более 2,5 миллиона смертей (4% от количества смертей в мире) ежегодно становится употребление алкоголя. 6.2% смертей среди мужчин, 1.1% среди женщин, 9% среди молодых людей в возрасте от 15 до 19 лет, а на причину всех смертей связанных с алкоголем приходится на 20%.

Цель: уточнить бытующее мнение о том, что Российская Федерация самая пьющая страна в мире.

Материалы и методы: изучение и обзор интернет источников.

Результаты исследования

Британская вещательная корпорация (BBC) в своем материале от 18/12/2014, обобщив данные из различных источников, включая статистику Всемир-

ной Организации Здравоохранения, опубликовала таблицу ТОП-5 самых пьющих стран мира, разбив данные по видам потребляемого алкоголя на душу населения.

Пиво	Вино	Крепкие спиртные напитки	Другие алкогольные напитки
Намбия	Португалия	Молдова	Нигерия
Габон	Франция	Гренада	Уганда
Румыния	Андора	Белоруссия	Руанда
Латвия	Дания	Россия	Южная Корея
Чехия	Хорватия	Казахстан	Сьерра-Леоне

Как мы видим, вино наиболее поглощаемый на душу населения вид алкоголя в Португалии, Франции, Италии, Швейцарии, Словении, Хорватии, Косово, Греции, Швеции, Дании, Аргентине, Уругвае, Чили, Грузии и Экваториальной Гвинее и Восточном Тиморе.

Крепкий алкоголь из расчета на душу населения больше популярен в России, Казахстане, Украине, Беларуси, Узбекистане, Таджикистане, Туркменистане, Азербайджане, Армении, Боснии, Албании, Болгарии, Словакии, Монголии, Индии, Непале, Шри-Ланке, Таиланде, Камбодже, коммунистическом Китае, Филиппинах, Японии, Гондурасе, Гватемале, Сальвадоре, Гайане, Суринаме, Перу, Гаити, Ямайке и на Кубе; а также в мусульманских странах, в которых вообще-то существует запрет на продажу и потребление алкоголя – Саудовской Аравии, Бахрейне, и в мусульманской странах, где существует запрет на продажу алкоголя для мусульман, но разрешается продавать и потреблять его немусульманам – Объединенных Арабских Эмиратах (за исключением Шарджи, где сохраняется полный запрет), Катаре, и – с недавних пор – в Кувейте. Некоторые другие статистические показатели по употреблению алкоголя в мире:

- средний показатель употребления по всему миру составляет 6,2 литра на взрослого человека,
- употребляет алкоголь менее половины мирового населения – 38,3 процента,
- те, кто его пьют, выпивают в среднем 17 литров в год,
- употребление алкоголя увеличивает риск развития более 200 заболеваний, в том числе цирроз печени и некоторые виды раковых заболеваний,
- алкоголь и его употребление ежегодно стают причиной 3,3 миллиона смертей во всем мире.

Вывод

Исходя из статистики по выпитому чистому алкоголю лидирует Молдавия 18.22 литра на человека, Чехия 16.45, Венгрия 16.27, Россия 15.76, Украина 15.60, Эстония 15.57, Андора 15.48, Румыния 15.30, Словения 15.19 и Белоруссия 15.13.

Результаты анализа указывают, что жители РФ в среднем употребляет количество алкоголя, как и большинство жителей других европейских стран, где лидерство занимают такие страны, как Молдова, Чехия и др.

Список литературы

1. URL:<http://www.portalstranah.ru>
2. URL:<http://www.ria.ru>
3. URL:<http://www.peoples.ru>
4. Ахматханова С.М., Казакова Ю.А., Карпов С.М., Шевченко П.П. Алкогольная энцефалопатия: современные методы лечения // Успехи современного естествознания. – 2014. – № 6. – С. 22-23.

КОРРЕКЦИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ

Гадиян К.В., Шевченко П.П.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия,
e-mail: Karinaisstudent@yandex.ru

Актуальность

Рассеянный склероз (РС) – хроническое аутоиммунное заболевание, при котором избирательно поражается белое вещество головного и спинного мозга, а поскольку нарушается миелин в проводящей системе, то РС относится к группе демиелинизирующих заболеваний [1]. Причиной его является нарушенная работа иммунной системы. Иммунокомпетентные клетки проникают в мозг, разрушают миелин нервных волокон и приводят к образованию рубцов. При этом нервная ткань заменяется на соединительную [2]. Эта болезнь является довольно распространенной. Она занимает одно из ведущих мест по причинам неврологической инвалидности молодых людей (после травм).

Одними из проявлений РС являются когнитивные нарушения (нарушения наиболее сложных функции головного мозга, с помощью которых осуществляется процесс рационального познания мира и обеспечивается целенаправленное взаимодействие с ним: восприятие информации; обработка и анализ информации; запоминание и хранение; обмен информацией и построение и осуществление программы действий). Без сомнения, такого рода патологии требует точной и своевременной коррекции, поскольку когнитивная функция мозга является жизненно важной и незаменимой для человека [3].

Цель: Проанализировать динамику когнитивных нарушений при рассеянном склерозе, определить тактику их коррекции.

Результаты исследования

Коррекция когнитивных нарушений весьма сложна. В терапии рассеянного склероза, на данный момент, широко используются бэта-интерфероны, которые являются наиболее эффективными в модулировании течения заболевания. В том числе, они оказывают влияние и на сохранение когнитивных функций. Например, препарат Авонекс, в терапевтической дозе, уменьшает скорость прогрессирования когнитивных расстройств на 47%, по сравнению с плацебо-группой.

Результат воздействия бэта-интерферонов может быть выше, если комбинировать фармакотерапию с психотерапией и тренировкой когнитивных функций. Для этого нужно детально изучить, как именно проявляются когнитивные нарушения при рассеянном склерозе, и разработать психокоррекционные методики именно для этих больных. Специфические коррекционные методики позволят лучше поддерживать когнитивных уровень больных, нежели обычные умственные нагрузки, так как будут разработаны с учетом особенностей когнитивных нарушений при рассеянном склерозе, а также возможности больных.

В основу возможности создания коррекционной методики положено наличие компенсаторных связей в мозге, и возможности их построения новых. Скорее всего, обострение происходит тогда, когда соединительная ткань прерывает все возможные варианты передачи импульса по необходимому пути, чем больше связей будет у больного, тем медленнее будет проявляться симптоматика рассеянного склероза. Можно рассчитывать на успех подобных методик, так же, потому, что исследование, проведенное на выборке с синильной деменцией, уже дает определенные ре-

зультаты, что дает возможность говорить об успешности коррекционных методик, прилагаемых к когнитивным дисфункциям [4].

Вывод

Когнитивные нарушения могут быть единственным или доминирующим симптомом при рассеянном склерозе, поэтому им должно уделяться столько же внимания, как и остальным симптомам. В настоящее время поиск путей стабилизирующих механизмы психоэмоциональной сферы становится все более актуальным, но испытанные препараты пока не обладают достаточной эффективности, чтобы полностью купировать эти проявления. Этот факт указывает на то, что необходимо разрабатывать новые и более совершенные методики коррекции когнитивных нарушений.

Список литературы

1. Шевченко П.П., Карпов С.М., Рзаева О.А., Янушкевич В.Е., Конева А.В. Рассеянный склероз: этиопатогенез с позиции современной науки // Успехи современного естествознания. – 2014. – №6. – С. 121.
2. Карпов С.М., Батурын В.А., Тельбух В.П., Францева А.П., Белякова Н.А., Чичановская Л.В. Аутоантитела к основному белку миелина и их роль при демиелинизирующих процессах // Клиническая неврология. – 2013. – № 3. – С. 16-19.
3. Пажигова З.Б., Карпов С.М., Белякова Н.А., Шевченко П.П., Каширин П.П. Клинико-неврологическая характеристика больных с рассеянным склерозом с учетом тяжести состояния // Фундаментальные исследования. – 2014. – №7-4. – С. 771-775.
4. Шевченко П.П. Распространенность и клиническая характеристика рассеянного склероза в ставропольском крае: автореф. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 1992.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА: ОСТРЫЙ РАССЕЯННЫЙ ЭНЦЕФАЛОМИЕЛИТ И РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ

Гайтукаева Х.М., Шевченко П.П.

*Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия,
e-mail: hadigaitukaeva@gmail.com*

В статье рассмотрена дифференциальная диагностика рассеянного склероза с острым рассеянным энцефаломиелитом. Так как рассеянный склероз является одной из наиболее значимых проблем современной неврологии. Повышенное внимание к проблемам рассеянного склероза связано не только с тем, что этим заболеванием страдают в большинстве своем молодые люди, ведущие активную трудовую деятельность и социальную жизнь, но и неуклонным увеличением числа пациентов с этой патологией.

Ключевые слова: рассеянный склероз, острый рассеянный энцефаломиелит, склеротические бляшки, множественные периваскулярные очаги демиелинизации.

Рассеянный склероз (РС) – хроническое аутоиммунное заболевание центральной нервной системы (ЦНС), для которого характерна многосимптомность, преимущественное вовлечение пирамидной и мозжечковой систем, прогрессирующее или ремиттирующее течения. Сходная клиническая картина и патогенез объединяет РС и ОРЭМ. При данных заболеваниях в неврологическом статусе констатируют парезы нижних конечностей, атаксию, поражения черепных нервов, расстройства координации движений, нарушение чувствительности и функций тазовых органов, эпилептические припадки. Кроме того, эти заболевания близки и тем, что они относятся к числу многоочаговых многосимптомных поражений, что в основе демиелинизирующего процесса лежит иммунное воспаление и они имеют схожие критерии ЦСЖ. Однако при РС рано или поздно выявляется триада Шарко, пентада Марбурга, диссоциация симптомов.

Говоря о различиях, следует начать с дебюта этих заболеваний. Так, РС начинается, как правило, постепенно, малозаметно для больных, среди полного здоровья или после острых инфекций, интоксикаций, травм. Проявляется в молодом и среднем возрасте (20-45 лет). Женщины болеют в 7 раз чаще, чем мужчины.

Ранние симптомы болезни: утомляемость ног к концу дня, расстройства вестибулярных функций и чувствительности (парестезии, боли) или преходящее снижение зрения с быстрым (через несколько часов или суток) его восстановлением, обратимые симптомы поражения ЦНС – признаки пирамидной недостаточности (патологические рефлексы Бобинского, Россолимо, гиперрефлексия), тазовые нарушения (императивные позывы или трудности мочеиспускания), атаксия. Характерно волнообразное течение в первые 5-7 лет болезни (иногда до 12 лет), в связи с чем свойственна длительная сохранность функциональной активности. Обострения могут возникать спонтанно, однако нередко их провоцируют вирусные инфекции. Первоначально обострения могут заканчиваться полным спонтанным регрессом симптомов (ремиттирующее течение). Но с каждым новым обострением, восстановление становится все менее полным, что приводит к «накоплению» неврологического дефекта и постепенной инвалидизации больного. У значительной части больных возникают психические нарушения, в частности снижение памяти, нарушение внимания, депрессия, которая по мере нарастания объема пораженной мозговой ткани может сменяться эйфорией. Большинство больных жалуются на повышенную утомляемость, которая на ранней стадии заболевания может быть основным фактором, ограничивающим жизнедеятельность больного.

Один из патогномоничных симптомов – отсутствие брюшных рефлексов. Описаны характерные для РС комбинации симптомов. Сочетание нистагма, интенционного дрожания, скандированной речи, известно как триада Шарко (встречается у 30% больных). Нистагм, нижний спастический паразетез, интенционный тремор, отсутствие кожных брюшных рефлексов и битемпоральной деколорации дисков зрительных нервов называют пентадой Марбурга (встречается у 75% больных). Диссоциации характерные для РС: небольшая степень пареза и грубые пирамидные симптомы, низкий коленный рефлекс и клonus стоп, патологические рефлексы и мышечная гипотония, различная выраженность симптомов в течение дня. К характерным признакам РС на МРТ являются склеротические бляшки и очаги микрокровоизлияний со слабой воспалительно-сосудистой реакцией вокруг. Лечение направлено на установление продолжительной ремиссии, применяют симптоматическую терапию для улучшения качества жизни.

Острый рассеянный энцефаломиелит (ОРЭМ) – нейроинфекционное воспалительное заболевание ЦНС, для которого типичны острое начало, лихорадка, многосимптомность. Для ОРЭМ не свойственно хроническое течение («диссеминация во времени»), развивается вторичная демиелинизация. Основу патологического процесса при ОРЭМ составляют множественные периваскулярные очаги демиелинизации, очаговая сосудисто-воспалительная реакция с участием микроглии. Строение очагов такое же, как и при рассеянном склерозе, но воспалительные изменения и отек выражены больше, чем реактивная пролиферация астроглии. В меньшей степени поражаются олигодендроциты. Локализация процесса разнообразна – белое вещество больших полушарий, мозгового ствола, спинного мозга. Могут выявляться изменения

в корешках и периферических нервах по типу периаксильного демиелинизирующего процесса.

ОРЭМ является следствием перенесенного инфекционного заболевания (бактериального или вирусного – ветряная оспа, корь, краснуха, грипп) или вакцинации (чаще против бешенства, коклюша). Заболевание начинается остро, часто имитируя острую респираторную инфекцию. В некоторых случаях наблюдается подострое развитие в течение нескольких недель. Появляются общемозговые симптомы, лихорадка, очаговая неврологическая симптоматика (парезы, поражения черепных нервов, атаксия, нарушения чувствительности и функций тазовых органов), психомоторное возбуждение, парестезии. Обычно имеют умеренные менингеальные знаки. На МРТ выявляются множественные, обширные, часто сливные очаговые изменения без смещения срединных структур мозга. В некоторых случаях доминируют симптомы поражения того или иного отдела ЦНС. Заболевание прогрессирует на протяжении нескольких дней, реже недель и в тяжелых случаях ведет к летальному исходу. При своевременной диагностике, заболеванию поддается лечению, у больных начинается восстановление функций, которые продолжают в течение нескольких месяцев. У 30-50% больных отмечается полное восстановление утраченных функций, в остальных случаях формируется более или менее выраженный остаточный дефект в виде парезов, атаксии, тазовых расстройств, нарушения памяти и речи, деменции и пр.

Список литературы

1. Штульман Д.Р., Левин О.С. Нервные болезни: учебник. – М.: Медицина, 2000. – С. 464; 177.
2. Яхно Н.Н., Парфенов В.А. Частная неврология: учебное пособие для студентов медицинских вузов. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – С. 192; 73.
3. Гайтукаева Х.М., Шевченко П.П., Пожигова З.Б. Расстройства функций тазовых органов при рассеянном склерозе // Успехи современного естествознания. – 2014. – №6. – С. 28-29.
4. Пажигова З.Б., Карпов С.М., Шевченко П.П., Бурнусус Н.И. Распространенность рассеянного склероза в мире (обзорная статья) // Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – № 1-2. – С. 78-82.
5. Карпов С.М., Батурич В.А., Тельбух В.П., Францева А.П., Белякова Н.А., Чичановская Л.В. Аутоантитела к основному белку миелина и их роль при демиелинизирующих процессах // Клиническая неврология. – 2013. – №3. – С. 16-19.
6. Шевченко П.П., Карпов С.М., Рзаева О.А., Янушкевич В.Е., Конева А.В. Рассеянный склероз: этиопатогенез с позиции современной науки // Успехи современного естествознания. – 2014. – №6. – С. 126-128.

ВОЗДУШНАЯ ТРАВМА ГОЛОВНОГО МОЗГА, КАК СЛЕДСТВИЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ВЗРЫВНОЙ ВОЛНЫ

Ганджа А.Н.

*Ставропольский государственный медицинский
университет, Ставрополь, Россия,
e-mail: annimoon@yandex.ru*

Человек за свою историю существования создал множество полезных и прекрасных вещей: музыкальные произведения, живопись, скульптуры, технические инновации, лекарственные средства помогающие исцелить достаточно много болезней и т.д. Параллельно было произведено нечто ужасное и разрушительное – оружие. Под маской защиты, надежности и уверенности скрылся коварный враг всего человечества, который служит лишь только жажде власти, корысти, самоутверждению. Сотни тысяч лет остается неизменным тот факт, что война, смерти, разрушения, являются исходом любой попытки применить оружие в действии. Мы думаем, что в своей повседневной, рутинной, жизни обычный человек никогда

не встретится с огнестрельным ранением, минно-взрывной травмой, но практический опыт на деле показывает обратное. Стоит только вспомнить Украинские события, где сегодня под звуки разрывающихся снарядов пытаются выжить люди, события 22 июля 2011 года, когда в Норвегии возле комплекса правительственных зданий прогремел взрыв, в результате которого пострадало 250 человек, 7 июля 2005 года в Лондоне (Великобритания) в утренний час пик произошла серия взрывов: один за другим сработали четыре взрывных устройства на центральных станциях лондонского метро («Кингс-кросс», «Эджвэр-роуд» и «Олдгейт») и в двухэтажном автобусе на площади Тависток-сквер теракт был совершен четырьмя террористами-смертниками взрывы унесли жизни 52 пассажира, еще 700 человек получили ранения и травмы. Этот список, как это не прискорбно звучит, еще можно долго продолжать, но ситуация это не изменит и не исправит, зато может привлечь внимание читателя и заставит задуматься о том, что наша жизнь таит много опасностей, оградиться от которых порой не в наших силах. Главная защита в этом случае это наши знания и умение оказать помощь себе, вовремя обратить внимание на состояние своих близких, других пострадавших. Сталкиваясь с чем-то неординарным, новым, может незнакомым легко расстаться с уверенностью, растеряться, впасть в панику, поэтому, чтобы предостеречь от лишних душевных треволений я бы хотела в своей статье осветить проблему минно-взрывных ранений, а также обозначить влияние воздушной травмы головного мозга на неврологический статус пострадавшего.

Материалы и методы: исследование проведено с помощью литературных источников, интернет ресурсов, новостных сообщений.

Чтобы приблизиться к основной теме нашего разговора хотелось бы обозначить несколько ключевых моментов.

Взрыв – быстропротекающий физический или физико-химический процесс, проходящий со значительным выделением энергии в небольшом объеме за короткий промежуток времени. При взрыве человек подвергается трем основным факторам повреждения: ударная волна, ранившие снаряды, высокая температура.

Первичному поражению относят воздействие ударной волны. В непосредственной близости от взрыва происходит отрыв частей тела – эвисцерация. Вторичным поражающим фактором являются осколочные ранения. Характер поражения, его тяжесть определяется количеством и видом снарядов. Третичным фактором является перенос тела воздушной волной с последующим тормозным ударом. В данном случае возникают стадийность процесса – ускорение и торможение, каждая из этих сил может оказать влияние на важнейшие структуры организма: головной и спинной мозг, а следствием выступит серьезная травматизация.

Если сравнить характер повреждений в годы Великой Отечественной Войны и в современном мире, то он претерпел значительные изменения. Удельный вес осколочных ранений в годы ВОВ составил 83%, в современном мире они составляют менее 30 %, большую часть боевой травмы -70% приходится на поражения нервной системы.

Из вышесказанного можно сделать вывод, что повреждения нервной системы, как следствие взрыва чрезвычайно актуальны в наши дни. Ведущими в клинической картине острого периода воздушной взрывной травмы являются: травматический шок, синдром сотрясения ишиба мозга разной степени и ряд явлений, обусловленных повреждением легких

(одышка, кашель, кровохарканье). Отдаленными последствиями могут выступать такие явления, как снижение слуха, глухонмота, зрения, расстройство речевого центра, психическая неуравновешенность, истерические припадки. Согласно исследованиям М.О. Гуревича снижение слуха и изменение речи наблюдается у 90% пострадавших в результате воздействия воздушной волны. Данные встречи радиологического общества Северной Америки в Чикаго говорят о том, что имеет место быть долгосрочное воздействие взрывной травмы на головной мозг. Проведенные исследования выявили снижение когнитивных способностей, изменения психомоторного состояния у людей подвергшихся воздействию взрывной волны. У них отсутствовали внешние повреждения, данные МРТ после инцидента также не выявили явных изменений вещества мозга, но динамика изменений с четырех летним интервалом показала, что у ветеранов войны в Ираке явное регрессивное изменение памяти, психической лабильности. В этом случае возникает вопрос о ранней диагностике повреждений и возможности коррекции состояния пострадавших?

Заключение

Последствия травматического поражения нервной системы приводят к серьезным расстройствам жизнедеятельности, ведущим к социально-трудовой дезадаптации, что требует длительного лечения. В этих случаях целесообразно подключение к реабилитации узких специалистов, таких как психиатр, психолог, логопед и т.д. Так как качество жизни определяется такими важными составляющими как психическое здоровье и высшие психические функции, в этом случае искреннее внимание и проявленное участие к пострадавшему близких людей и окружающих поможет предотвратить у больного страшные и тяжелые последствия как в психической так и в физической сферах жизни пациента.

Список литературы

1. Гуревич М.О. Нервные и психические расстройства при закрытых травмах черепа. – М., 1945.
2. Лекции по «Военно-полевой хирургии» – раздел Военное дело. Военно-Медицинский Институт.
3. Лащёнов Г.В. Минно-взрывная травма в условиях вооруженного конфликта (особенности клиники, диагностики, организации лечения): автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ростов-на-Дону, 1999.
4. Бахадова Э.М., Карпов С.М., Апагуни А.Э., Карпова Е.Н., Апагуни В.В., Калоев А.Д. Отдаленные последствия минно-взрывной травмы на нейрофизиологическое состояние головного мозга // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 2. – С. 28-33.
5. Бахадова Э.М., Карпов С.М., Апагуни А.Э., Апагуни В.В., Хатяева А.А., Карпов А.С. Особенности черепно-мозговой травмы при минно-взрывном травматизме (обзорная статья) // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2013. – № 12. – С. 72-75.
6. Карпов С.М., Бахадова Э.М., Апагуни А.Э., Карпова Е.Н. Компенсаторно-восстановительные механизмы в отдаленном периоде у пострадавших после минно-взрывного ранения // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2014. – № 2. – С. 25-28.
7. Соколова И.В., Карпов С.М. Травматическая эпилепсия при ЧМТ // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2012. – № 1. – С. 44-45.
8. Карпов С.М., Бахадова Э.М., Апагуни А.Э., Калоев А.Д. Отдаленные последствия минно-взрывного ранения, как фактор психоневрологических нарушений // Вестник новых медицинских технологий. – 2014. – Т. 21, № 3. – С. 100-103.

ПОЛОВАЯ ДИСФУНКЦИЯ У МУЖЧИН С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Гаршина Д.С.

*Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия,
e-mail: dasha.garshina@rambler.ru*

Актуальность

Рассеянный склероз – заболевание, поражающее в основном людей молодого возраста, и понятно, что

сексуальная дисфункция значительно снижает качество их жизни. Такие расстройства встречаются у 90% мужчин.

Цель: изучить актуальные на сегодняшний день проблемы, возникающие у мужчин молодого возраста с рассеянным склерозом, а именно половую дисфункцию.

Материалы и методы: изучение интернет источников и литературный обзор.

Результаты исследования

Половая дисфункция у мужчин, больных рассеянным склерозом, может быть следствием: повреждения нервных путей в головном или спинном мозге, участвующих в процессах возникновения сексуального желания, возбуждения, эякуляции; проявления симптомов рассеянного склероза (усталость, потеря чувствительности); спазма из-за приема некоторых лекарственных препаратов (антидепрессанты); психосоциальных причин, связанных с диагнозом, таких как стресс, пониженная самооценка.

Неврологические причины, способствующие развитию половой дисфункции. Сексуальное возбуждение возникает в центральной нервной системе, после чего импульсы поступают к половым органам по нервным путям, расположенным в спинном мозге. При рассеянном склерозе изменения в этих нервных путях способствуют нарушению сексуальной функции и проявляются в виде: снижение полового влечения, изменение ощущений в половых органах (онемение, боль, повышенная чувствительность), трудность или невозможность достижения эрекции, нарушение эякуляции, трудность достижения оргазма. Нарушение эрекции развивается в среднем через 4 – 9 лет после начала рассеянного склероза, но 75% мужчин с этим расстройством продолжают испытывать сексуальные желания. Следует отметить, что почти у половины больных с импотенцией сохраняются ночные и утренние эрекции, что указывает на ее психогенный характер.

Другая группа симптомов возникает вследствие физических нарушений при рассеянном склерозе или побочного действия лекарств: снижение сексуального желания из-за усталости, спастичность мышц может причинять неудобства или боль, изменения чувствительности могут приводить к дискомфорту во время физического контакта.

Психологические причины способствуют развитию таких симптомов, как потеря интереса к сексуальным отношениям и физической близости, депрессия, ожидание неудачи, изменение самооценки или восприятия своего физического облика в связи с инвалидностью.

Вывод

Проблемы половой дисфункции у мужчин с рассеянным склерозом могут значительно влиять на здоровье больного. Отсутствие сексуального удовлетворения может вызвать разочарование, депрессию, утрату доверия, снижение самооценки и самоуважения, что резко снижает качество жизни больного, страдающим РС.

Список литературы

1. Гусев Е.И., Бойко А.Н., Столяров И.Д. Рассеянный склероз: справочник. – М.: Реал Тайм, 2009.
2. Гусев Е.И., Демина Т.Л., Бойко А.Н. Рассеянный склероз. – М., 1997.
3. Столяров И.Д., Осетров Б.А. Рассеянный склероз: практическое руководство. СПб.: Изд-во «ЭЛБИ-СПБ», 2002.
3. Карпов С.М., Пажитова З.Б., Карпова Е.Н. Вызванные зрительные потенциалы в исследовании зрительного анализатора у больных рассеянным склерозом // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2014. – № 3.

4. Пажигова З.Б., Карпов С.М., Шевченко П.П., Бурнусус Н.И. Распространенность рассеянного склероза в мире: обзорная статья // Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – № 1-2.

5. Бурнусус Н.И., Карпов С.М., Шевченко П.П. Нейротрансмиттеры в патогенезе рассеянного склероза // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2012. – № 1.

6. Карпов С.М., Гнездицкий В.В., Пажигова З.Б., Шевченко П.П. Р300 в диагностике когнитивных нарушений при рассеянном склерозе // Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. – 2014. – Т. XLVI, № 4.

7. Потапова И.Г., Диденко Н.Н., Денисюк В.В., Карпов С.М. Актуальные вопросы распространенности рассеянного склероза в Ставропольском крае // Успехи современного естествознания. – 2014. – № 6.

8. Пажигова З.Б., Карпов С.М., Шевченко П.П., Каширин А.И. Клинико-неврологическая характеристика больных с рассеянным склерозом с учетом тяжести состояния // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 7-4.

ИЗМЕНЕНИЕ ЛИЧНОСТИ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ УПОТРЕБЛЕНИИ АЛКОГОЛЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АЛКОГОЛИЗМЕ

Гридин И.И., Шевченко П.П.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия, e-mail: gridin-igor@ya.ru

Актуальность

Изучение личностных изменений, вызванных алкоголизмом, имеет большое значение для правильной организации социальной и психологической помощи как самому больному алкоголизмом, так и его семье.

Одно из первых отечественных исследований было проведено еще в 19 веке – в 1887 году С.С. Корсаков дал описание своеобразного психоза, сочетающегося с полиневритом [6]. Данное нарушение характеризовалось в основном расстройством памяти на текущие и недавние события, ретроградной амнезией, склонностью к конфабуляциям, алкогольным полиневритом при почти полной сохранности памяти на давно прошедшие события. С.С. Корсаков назвал это заболевание полиневритическим психозом. В после-

дующем С.С. Корсаков и его ученики, а также и другие исследователи углубили и уточнили учение об этом заболевании, подчеркивая, что оно может развиваться не только в связи с алкоголизмом, но и при других инфекциях и интоксикациях.

Цель: Анализировать изменение личности при различных стадиях при хроническом алкоголизме

Результаты исследования

В исследованиях факторов алкоголизации подростков и юношества отмечается, что в группу риска входят молодые люди конформного, неустойчивого и гипертимного типов акцентуации характера, подростки из неблагополучных семей и/или плохо социализированные (с низким социальным статусом в классном коллективе, низкой успеваемостью, отсутствием перспектив профессионального обучения и трудоустройства), очень часто – переживающие острый или хронический стресс.

В работах Д.В. Колесова [3] охарактеризованы три стадии развития потребности в употреблении спиртного (таблица). Первая стадия связана с удовлетворением потребности в определенных условиях деятельности. Потребность обусловлена любознательностью, скукой, подражанием или давлением окружающих, часто сосуществует с другими потребностями; инициируется восприятием предмета потребности или человека, которому хочет подражать индивид. На этой стадии потребность в употреблении ПАВ является ситуационной, а не устойчивой.

Далее, на второй стадии, происходит укрепление новой потребности. Потребностное возбуждение все чаще не зависит от внешних факторов и обстоятельств, возникает самостоятельно: «...здесь еще могут проявлять себя моменты условно-рефлекторного характера: например, индивид может испытывать желание принять наркотенное вещество лишь в определенное время суток, в остальное время он о нем «забывает». В любом случае новая потребность на этой стадии – лишь одна из многих» [3, с. 299].

Признаки алкоголизма	Стадии алкоголизма		
	I	II	III
1. Влечение к алкоголю.	+	++	+++
1.1 Характер влечения к алкоголю.	навязчивый	компульсивный	компульсивный
2. Толерантность к алкоголю.	+ / ++	+++	++ / +
3. Защитный рвотный рефлекс.	+ / -	-	+ / +++
4. Утрата количественного контроля.	+	++	+++
5. Утрата ситуационного контроля.	-	++	+++
6. Амнестические формы опьянения.	+	++	+++
7. Алкогольная деградация личности.	-	+ / ++	+++
8. Алкогольные психозы.	-	+	++
9. Соматические расстройства вследствие алкоголизма.	-	+	+++
10. Социальная дезадаптация.	-	+ / ++	+++
11. Психологическая защита своего алкоголизма.	+++	++	+ / -
12. Осознание себя алкоголиком.	---	- / +	++
13. Желание лечиться от алкоголизма.	---	- / +	--
14. Прогноз для длительной ремиссии после лечения.	+	+++	+ / -

Стадии алкоголизма

Возрастание значимости, удельного веса новой потребности относительно прочих мотивов деятельности – отличительная черта третьей стадии формирования потребности в ПАВ. Сначала новая потребность доминирует в определенной ситуации, а впоследствии – независимо от ситуации. Она подчиняет прочие последствия, и как итог – индивид постоянно испытывает влечение к алкоголю (или другому ПАВ). Меняется общение – теперь все социальные контакты становятся способом добывания алкоголя или наркотика, способом вовлечения окружающих в зависимое поведение, и т.п. Объект зависимости становится потребностью, которую необходимо удовлетворять, к которой испытывается непреодолимо влечение.

Лечение

Дезинтоксикация с помощью тиоловых препаратов – 15-30 мл 30% раствора тиосульфата натрия внутримышечно или внутривенно, а также 5-15 мл 5% раствора унитиола, 10 мл 25% раствора сульфата магния внутримышечно или внутривенно и 10 мл 10% раствора хлорида кальция внутривенно ежедневно или через день, на курс 10-12 процедур; 2) витаминотерапия – 2-4 мл 6% раствора витамина В1, 1 мл 5% раствора витамина В6, 1 мл 1-5% раствора никотиновой кислоты, 1-3 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты внутримышечно ежедневно, на курс 10-15 инъекций; 3) психотропные средства при наличии психического компонента похмельного синдрома – транквилизаторы: седуксен по 0,005-0,01 г внутрь или внутримышечно 2-3 раза в день, элениум, тазепам по 0,01-0,02 г 2-3 раза в день, феназепам по 0,0005-0,001 г 2-3 раза в день; антидепрессанты (особенно показаны женщинам): амитриптилин по 0,025-0,01 г на ночь, азафен, пиразидол по 0,05-0,1 г 1-2 раза в день. Продолжительность приема зависит от особенностей состояния; корректоры поведения при наличии психопатологических расстройств – неулептил в дозах 0,01-0,02 г на ночь в течение всего курса симптоматического и активного течения, а нередко и в последующем; 4) снотворные – зюноктин (0,01 г), редедорм (0,005-0,01 г), адалин (0,3 г); микстура И.Г. Равкина в течение 3-7 дней; 5) холинолитические препараты, в первую очередь амизил и метамизил по 1-2 мг 1-2 раза в день, используемые как самостоятельно, так и для усиления действия психотропных и снотворных средств; противопоказаны при глаукоме; 6) инсулинотерапия – от 2 до 8 ЕД ежедневно в течение 0,5-2 нед. В питании должны преобладать продукты, богатые минеральными солями.

Вывод

Таким образом, вероятность формирования зависимости, в том числе и алкогольной, высока у тех личностей, которые не в состоянии справиться с неблагоприятными условиями самостоятельно. Другими словами, риск развития алкогольной зависимости выше у людей, чья жизнь перенасыщена стрессами (что и наблюдается, в частности, в подростковом возрасте). И выше у тех, кто обнаруживает качества социального общения, свойственные «слабой», эмоционально неустойчивой личности. Например, у индивидов с конформным или неустойчивым характером в общении проявляется неумение отстаивать собственные интересы, инертность, безволие, зависимость от обстоятельств; астеноневротический характер проявляется в чувстве слабости, беспомощности, тревоги, которые пропадают при употреблении алкоголя; эпилептоидному характеру алкоголь позволяет насладиться чувством власти над окружающими и т.п.

Организация профилактики алкогольной зависимости должна учитывать оба этих фактора. Необходима и социальная помощь людям, находящимся в «группе риска», то есть переживающим стресс, неустроенность. Также необходима и психологическая, коррекционная или терапевтическая помощь индивидам, личностно-склонным к формированию зависимостей.

Список литературы

1. Акимова М.К., Семенов С.Ю. Стили защитно-совладающего поведения у зависимых и не зависимых от психоактивных веществ подростков // Вопросы психологии. – 2008. – №5. – С. 54-64.
2. Винникотт Д.В. Искажение Эго в терминах Истинного и Ложного Я // Московский психотерапевтический журнал. – 2006. – №1. – С. 5-19.
3. Колесов Д.В. Эволюция и природа наркотизма. – М.: Педагогика, 1991. – 312 с.
4. Кохут Х. Анализ самости: Систематический подход к лечению нарциссических нарушений личности: пер. с англ. – М.: Когито-Центр, 2003. – 308 с.
5. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология: руководство для врачей. – Л.: Медицина: Ленингр. отд., 1991. – 301[1] с.
6. Медицинская энциклопедия. – М.: Эксмо, 2000. – 895 с.
7. Наркология: национальное руководство / под ред. Иванца Н.Н., Анохиной И.П., Винниковой М.А. – М.: Изд.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 720 с.
8. Предупреждение подростковой и юношеской наркомании / под ред. С.В. Березина, К.С. Лисецкого, И.Б. Орешниковой. – М.: Институт психотерапии, 2000. – 256 с.
9. Ахматханова С.М., Казакова Ю.А., Карпов С.М., Шевченко П.П. Алкогольная энцефалопатия: современные методы лечения // Международный научно-исследовательский журнал. – 2013. – № 10-5 (17). – С. 14.
10. Карпов С.М., Осипова Н.А., Высочина А.А. Токсическое влияние суррогатов алкоголя на формирование синдрома ретроульбарного неврита // Международный научно-исследовательский журнал. – 2013. – № 10-5 (17). – С. 14.
11. Гнедова С.Б., Нагорнова А.Ю., Вострокнутов Е.В., Гулей И.А., Забелина Е.В., Тараненко Л.Г. Формирование и изменение личности больных алкоголизмом // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 1 (часть 3). – С. 642-646.

СОВРЕМЕННЫЕ НЕЙРОИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ

Дахкильгова Ф.Т., Шевченко П.П., Карпов С.М.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия,
e-mail: fardah1403@mail.ru

Актуальность

Рассеянный склероз является одной из сложнейших комплексных и глобальных медико-социальных явлений, существующих на сегодняшний день в мире [9]. Учитывая рост заболеваемости рассеянным склерозом за последнее десятилетие, Россия стала одной из ведущих стран в плане изучения данной проблемы.

Цель: проанализировать современные данные, позволяющие определить наиболее чувствительные и специфичные нейроиммунологические методы исследования при рассеянном склерозе.

Результаты исследования

К настоящему времени участие иммунной системы в патогенезе РС является доказанным фактом. Как правило, в случае заболевания обнаруживаются изменения продукции Т-лимфоцитов и интерлейкинов в сыворотке крови. Высокий уровень IL-8 свидетельствует об усилении миграции лимфоцитов к очагам демиелинизации, тогда как снижение уровня IL-6, усиливающего пролиферацию Т-клеток, вызывает признаки «кистошения противовоспалительного ответа». Стабильный, без ожидаемого снижения, уровень IL-2 свидетельствует об участии этого цитокина в процессах демиелинизации. Однако проблема по-прежнему остается открытой, и в большинстве случаев данные показатели могут лишь отражать иммуно-

реактивность процесса, позволяя говорить о стадии заболевания [10].

В последнее время наряду с регистрацией спонтанной активности мозга популярность приобрели методы вызванных потенциалов мозга, основанных на активации моторных (кортикоспинальных) трактов. Это запись электрических ответов, формирующихся в коре головного мозга от стимулов, возникающих при стимуляции периферических нервов, коры головного мозга, предъявлении звуковых и зрительных раздражений. Использование полного спектра зрительных, слуховых, соматосенсорных, когнитивных, моторных вызванных потенциалов позволяет характеризовать как скрытые, так и клинически явные нарушения функциональной способности нервных структур, распространенность этих нарушений, их согласованность с распространенностью МРТ-очагов и клинической картиной [11].

Вывод

Вышеперечисленные методы исследования способствуют уточнению диагноза РС на различных его стадиях. Изучение параметров цитокинового статуса помогают выявить группы риска развития РС и диагностировать его на ранних стадиях. Метод вызванных потенциалов существенно дополняет данные МРТ и клиники, используется для оценки динамики и прогнозирования течения рассеянного склероза, эффективности терапии.

Список литературы

1. Шевченко П.П. Распространенность и клиническая характеристика рассеянного склероза в Ставропольском крае: автореф. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 1992.
2. Карпов С.М., Батурин В.А., Тальбух В.П., Францева А.П., Белякова Н.А., Чичановская Л.В. Аутоантитела к основному белку миелина и их роль при демиелинизирующих процессах // Клиническая неврология. – 2013. – №3С. – С. 34.
3. Пажигова З.Б., Карпов С.М., Шевченко П.П., Бурнусус Н.И. Распространенность рассеянного склероза в мире: обзорная статья // Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – №1-2. – С. 78-82.
4. Бурнусус Н.И., Карпов С.М., Шевченко П.П. Нейротрансмиттеры в патогенезе рассеянного склероза // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2012. – №1. – С. 20-21.
5. Чикуров А.А., Онищенко Л.С., Гайкова О.Н., Бисага Г.Н., Одинак М.М. Структурные изменения эпендимы и субэпендимной зоны в перивентрикулярных очагах демиелинизации при рассеянном склерозе // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2010. – №1. – С. 141-145.
6. Жирнова И.Г., Ларина И.В., Комелькова Л.В., Царева М.И., Ганнушкина И.В., Завалишин И.А. Роль адгезивных свойств лейкоцитов и сыворотки крови в патогенезе рассеянного склероза // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2008. – Т. 108, №4. – С. 56-61.
7. Карпов С.М., Пажигова З.Б., Карпова Е.Н. Вызванные зрительные потенциалы в исследовании зрительного анализатора у больных рассеянным склерозом // Неврология, психиатрия, психосоциатика. – 2014. – №3. – С. 27-31.
8. Rocca M.A., Hickman S.J., Bo I. Imaging the optic nerve in multiple sclerosis // Multiple Scler. – 2005. – № 11 (5). – С. 537-41.
9. Столяров И.Д. Современные методы диагностики рассеянного склероза. 2010. – URL: <http://www.remedium.ru/>
10. Бисага Г.Н., Калинина Н.М. Параметры клеточного иммунитета и цитокинового статуса у больных с рассеянным склерозом. 2002. – URL: www.spbraaci.ru
11. Вызванные потенциалы мозга при рассеянном склерозе. 2012. – URL: <http://rscleros.ru>

ДИАГНОСТИКА КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМАХ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Дзамихов К.К., Чаблина Е.И., Карпов А.С.

*Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия,
e-mail: dzamihov.93@mail.ru*

Актуальность

Черепно-мозговая травма – это комплекс контактных повреждений (мягких тканей лица и головы, ко-

стей черепа и лицевого скелета) и внутричерепных повреждений (повреждений вещества головного мозга и его оболочек), имеющих единый механизм и время возникновения. При поражении ЦНС изменения когнитивных функций сопряжены с тревожно-депрессивными расстройствами.

Цель: выявить и определить глубину когнитивных расстройств у лиц разных возрастных групп с черепно-мозговой травмой средней степени тяжести, а также сравнить полученные данные среди мужчин и женщин.

Материалы и методы

1. Исследование проводилось на базе 4-ой городской больницы города Ставрополя, нейрохирургического отделения.

2. Было проведено исследование среди мужчин и женщин разных возрастных категорий (от 12 до 80 лет) с черепно-мозговыми травмами и контузиями средней степени тяжести. Исследование было проведено на 15 пациентах. (7 женщин и 8 мужчин).

3. Методом исследования было проведение тестирования с помощью международных шкал HADS (госпитальная шкала тревоги и депрессии), MMSE (краткая шкала оценки когнитивного состояния), FAB (батарея лобной дисфункции), тест рисования часов.

Результаты и обсуждение

Известно, что при черепно-мозговых травмах в первую очередь страдает сознание и когнитивные способности, особенно в первые часы от получения травмы. Исследование включало опрос, осмотр, проведение тестирования по системам HADS, MMSE, FAB, тест рисования часов. По мере выполнения заданий у больных проявлялись трудности тестирования по шкалам MMSE и FAB в большей степени, чем HADS и тест рисования часов. 6 из 8 мужчин не смогли выполнить тесты FAB и MMSE. Среди женщин трудностей, связанных с заполнением тестов не возникало, однако требовалось больше времени на шкалу HADS, чем мужчинам. Было выявлено, что женщин больше волновали проблемы семьи независимо от возраста исследуемых, тревога у данной категории более обострена, чем у мужчин, где преобладали показатели депрессии по шкале HADS. Краткая шкала оценки когнитивного состояния (MMSE) позволила определить явную разницу: 6 из 7 женщин выполняли задания с первого раза; 5 из 8 мужчин требовалось больше времени и повторов при выполнении заданий на внимание и счет, память, речь, чтение и письмо. Батарея лобной функции (FAB) позволила определить, что у мужчин и женщин одинаково возникали трудности при выполнении заданий на простую и усложненную реакцию выбора, по остальным критериям у женщин сложностей не возникало. У мужчин чаще проявлялись сложности с концептуализацией, беглостью речи, динамическим праксисом.

Вывод

Исследование показало, что последствия ЧМТ влияют на когнитивные функции больного с проявлением депрессии у мужчин. У женщин отмечена большая способность к логико-аналитическим задачам с преобладанием тревоги.

Список литературы

1. Захаров В.В. Возрастные когнитивные нарушения: методические рекомендации. – М., 2004. – 12 с.
2. Захаров В.В., Яхно Н.Н. Синдром умеренных когнитивных расстройств в пожилом возрасте: диагностика и лечение // Русский медицинский журнал. – 2004. – С. 573-576.
3. Латышева В.Я. ЧМТ, Классификация, клиническая картина, диагностика, лечение. – Минск, 2005.
4. Ульяновченко М.И., Ходжаян А.Б., Апагуни А.Э., Карпов С.М., Назарова Е.О., Шишманиди А.К., Сергеев И.И., Власов А.Ю. Анализ

дорожно-транспортного травматизма у жителей г. Ставрополя // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 5-2. – С. 427-430.

5. Карпов С.М. Возрастные различия когнитивных функций мозга по данным вызванных потенциалов Р300 в разные периоды черепно-мозговой травмы у детей // Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. – 2008. – Т. XL, № 2. – С. 50-53.

6. Карпов С.М., Мосиенко Е.М. Изучение вызванных потенциалов Р300 в разные периоды закрытой черепно-мозговой травмы у детей разных возрастных групп // Клиническая неврология. – 2008. – № 4. – С. 10-12.

7. Карпов С.М., Лубенец А.Е., Шевченко П.П. Диагностика когнитивных нарушений в остром периоде детской черепно-мозговой травмы // Кубанский научный медицинский вестник. – 2011. – № 5. – С. 73-75.

8. Karpov S.M., Gerasimova M.M. Evoked potential in diagnostic of craniocerebral trauma in children // European Journal of Neurology. – 2006. – Т. 13. – С. 1343.

СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Долгова И.Н., Шевченко П.П., Лукина Е.А.,
Гриценко А.Ю., Кубанова А.А.

*Ставропольский государственный медицинский
университет, Ставрополь, Россия,
e-mail: boris.26rus@yandex.ru*

Рассеянный склероз (РС) – это хроническое прогрессирующее аутоиммунное заболевание центральной нервной системы, которое поражает преимущественно лиц молодого возраста и почти с неизбежностью приводит, на определенной стадии своего развития, к инвалидизации.

Высокая актуальность изучения рассеянного склероза обусловлена его значительной распространенностью среди болезней центральной нервной системы (ЦНС).

По статистическим данным, в настоящее время в мире количество больных РС превышает 1 млн. человек. Распространенность РС в большинстве стран мира постоянно увеличивается. Преобладающее число больных – это женщины в возрасте 20–35 лет (около 80%) и мужчины 35–45 лет; средний возраст дебюта РС составляет 29–33 года. До 18 лет заболеванием встречается, по разным данным, в от 2,7 до 6% случаев, старше 59 лет – в 0,6% случаев. Количество новых случаев РС увеличивается в среднем с 2,0–2,2 до 3,4 случая на 100 тыс. населения в год; в некоторых странах Северной Европы – до 5–8 новых случаев. Особую тревогу вызывает увеличение заболеваемости среди детей и подростков.

Во всем мире средний показатель распространенности рассеянного склероза составляет 30 случаев на 100000 населения. Как правило, рассеянный склероз диагностируют в возрасте от 20 до 50 лет, но ему так же подвержены как дети, так и пожилые люди. Рассеянный склероз напрямую зависит от географического положения. Так он больше распространен в областях с умеренным климатом, чем с тропическим, то есть, чем дальше от экватора, тем заболеваемость выше. Женщины в два раза чаще, чем мужчины, страдают рассеянным склерозом в более раннем возрасте.

По данным ВОЗ, среди неврологических заболеваний РС является основной причиной стойкой инвалидизации лиц молодого возраста. Через 10 лет от начала заболевания 30–37% больных способны передвигаться только с посторонней помощью, 50% больных имеют трудности в выполнении профессиональных обязанностей, более 80% больных вынуждены сменить работу. Через 15 лет только 50% больных сохраняют способность работать, обслуживать себя и свободно передвигаться без посторонней помощи. Смертность от РС в среднем составляет 2 случая на 100 тыс. населения в год.

Рассеянный склероз признан самым «загадочным» заболеванием в неврологии ввиду своей изменчивости, нестабильности и непредсказуемости. До настоящего времени точно не установлена его этиология. Несмотря на применение самых технически совершенных методов диагностики, таких как магнитно-резонансная томография и спектроскопия, вызванные потенциалы головного мозга, позитронно-эмиссионная томография, генетические и иммунологические исследования, до сих пор еще не выявлены патогномичные признаки заболевания, позволяющие со 100-процентной уверенностью распознать рассеянный склероз. По-прежнему не разработаны простые и доступные методы количественной оценки степени активности заболевания, на основании которых должна выработываться стратегия терапии. Несмотря на появление в последние годы новых данных о патогенезе рассеянного склероза, в этом вопросе также отсутствует полная ясность. В связи с этим, в лечении рассеянного склероза, хотя и наблюдаются за последние 10 лет существенные позитивные сдвиги, так и не произошло настоящего качественного скачка, который бы позволил считать проблему этого заболевания решенной.

Диагноз РС основывается прежде всего на клинических характеристиках проявления патологического процесса в ЦНС. Однако дополнительные методы диагностики, к которым относится магнитно-резонансная томография (МРТ) и исследование ликвора (изофокусирование олигоклональных иммуноглобулинов) могут оказать существенную помощь в спорных случаях.

До настоящего времени МРТ является наиболее информативным параклиническим методом диагностики РС. Международной экспертной группой под руководством профессора Мак Дональда были разработаны диагностические критерии РС, активно использующие данные МРТ (в том числе с контрастированием) для определения диссеминации очагов поражения ЦНС во времени и в пространстве.

Лечение РС является одной из наиболее актуальных и сложных проблем современной неврологии. Имеющиеся в распоряжении врачей препараты могут лишь снизить частоту и тяжесть обострений, а также замедлить темпы накопления неврологического дефицита, что подтверждается позитивной динамикой по данным МРТ головного и спинного мозга. Одной из ключевых проблем лечения РС является создание и клиническое исследование новых препаратов, блокирующих развитие атрофии головного мозга, воспаления и демиелинизации, снижающих частоту обострений, предотвращающих прогрессирование инвалидизации.

Обнадеживающие результаты последних исследований эффективности патогенетической терапии фокусируют внимание властей, общественности, больных и специалистов на новые возможности лечения и обеспечения больных РС, дают новые надежды больным и членам их семей, особенно в случае ремиттирующего варианта течения заболевания.

Современным стандартом лечения обострения заболевания является высокодозная пульс-терапия метил-преднизолоном по 1 г на 1 кг массы тела ежедневно в течение 3–5 дней, внутривенно капельно. Возможно внутримышечное введение дексаметазона в течение 7–14 дней или прием преднизолона перорально сроком до 30 дней. В случае проведения гормональной терапии внутримышечно или перорально пациент (страховая компания или государство) сталкивается с меньшими материальными затратами, од-

нако восстановление трудоспособности происходит значительно позже, что может существенно увеличить непрямые затраты.

Для профилактики обострений и предотвращения прогрессирования заболевания в настоящее время повсеместно используются 5 препаратов из группы препараты, изменяющие течение РС (ПИТРС) с доказанной эффективностью. Показана возможность эффективно использовать эти препараты не только во время ремиттирующего течения РС, но и на ранних стадиях РС. Доказано, что применение ПИТРС не влияет на клинические проявления заболевания.

В последние годы резко увеличивается и обеспеченность клинических исследований новых методов патогенетического лечения РС, в проведении которых весьма существенный вклад делают ведущие отечественные центры.

Т.о. изучение проблемы диагностики и лечения РС сохраняет свою актуальность в настоящее время и требует дальнейшей разработки данного вопроса.

Список литературы

1. Столяров И.Д. Современные методы диагностики и лечения рассеянного склероза // Вестник Росздравнадзора. – 2010. – № 4. – С. 64-67.
2. Гусев Е.И. Эпидемиологические характеристики рассеянного склероза в России / Е.И. Гусев, И.А. Завалишин, А.Н. Бойко // Журнал неврологии и психиатрии. – 2003. – спец. выпуск. – С. 3-6.
3. Гусев Е.И. Рассеянный склероз: от новых знаний к новым методам лечения // Российский медицинский журнал. – 2001. – С. 16-18.

ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ В КЛИНИКЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

Дудов Т.Р., Шевченко П.П.

*Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия,
e-mail: timur222123@mail.ru*

Актуальность

Необходимость изучения рассеянного склероза обусловлена его значительной распространенностью среди заболеваний нервной системы. Рассеянный склероз – это хроническое прогрессирующее заболевание, характеризующееся множественными очагами демиелинизации в белом веществе центральной нервной системы и в меньшей степени периферической нервной системы. Данное заболевание поражает людей преимущественно в возрасте 20-40 лет и приводит их к тяжелой инвалидности, что подчеркивает важность проблемы не только в медицинском, но и в социально-экономическом плане. Несмотря на применение самых современных методов диагностики, до сих пор еще не выявлены патогномичные признаки заболевания, позволяющие уверенно поставить диагноз рассеянного склероза. Одним из таких признаков является головокружение, которое может носить различный характер при рассеянном склерозе.

Цель: проанализировать этиопатогенез и характер головокружения при рассеянном склерозе, основные методы коррекции головокружения, их результаты.

Результаты исследования

Система равновесия человека основывается на сообщениях, поступающих от зрительной, вестибулярной и мышечно-суставной систем. Внешняя информация, поступающая от различных органов чувств, сопоставляется и интегрируется на уровне ствола мозга, мозжечка и теменных долей коры больших полушарий. Нарушения, возникающие на различных этапах передачи импульсов, приводят к появлению головокружения. Головокружение является

симптомом многих заболеваний, причем не только неврологического происхождения. Не составляет исключения и рассеянный склероз [2, 7].

Головокружение является ведущим симптомом примерно у 10% больных рассеянным склерозом. В различные периоды заболевания, это крайне неприятное ощущение отмечают у себя до 20% больных рассеянным склерозом. Однако, ощущение головокружения в ряде случаев не является постоянным симптомом, а зачастую причины его появления не являются прямым следствием процессов демиелинизации или воспаления. Следует отметить, что головокружение при идиопатической вестибулопатии обычно выражено значительно сильнее, чем в тех случаях, когда оно является проявлением рассеянного склероза. В развитой стадии рассеянного склероза головокружение является достаточно частым симптомом [1, 5].

Головокружение при рассеянном склерозе может быть несистемным (проявляется ощущением неустойчивости, шаткостью походки, затруднением поддержания определенной позы) и центральным системным (истинное, вертиго), но чаще – смешанным и характеризуется упорным течением. Первый тип свидетельствует о преимущественной локализации очагов демиелинизации в центральном отделе вестибулярного анализатора и сохранности вестибулярных ядер и путей при явлении раздражения последних, так как при полном морфологическом разрушении вестибулярных ядер и путей наблюдается полное выпадение вестибулярной функции [2,3,6].

Истинное головокружение при рассеянном склерозе может быть вызвано очагами демиелинизации в стволе головного мозга (варолиевого моста), мозжечке, повреждениями VIII пары черепно-мозговых нервов. Системное головокружение можно описать как ощущение мнимого вращения или поступательного движения пациента в различных плоскостях, реже – иллюзорного смещения неподвижной окружающей среды в любой плоскости. Чаще всего наблюдается приступообразный характер головокружения. Приступы головокружения могут сопровождаться вегетативными реакциями (тошнота, рвота, слабость, потливость, побледнение кожных покровов), или неврологической симптоматикой (резкая головная боль, онемение различных участков тела, мышечная слабость). Провоцирующими факторами возникновения головокружения являются резкая перемена положения тела, повороты головы, стресс, а у некоторых провоцирующий фактор вовсе отсутствует [2,4,8].

Наиболее остро головокружение проявляется в тех случаях, когда у человека также присутствуют нарушения зрения, осязания и проприоцепции (ощущения, помогающие определить положение своего тела). Нарушения функций мышц глаза (подразумевающие повреждения III, IV и VI пар черепных нервов), также часто связаны с рассеянным склерозом и с появлением ощущения головокружения [7,8].

В настоящее время возможно воздействовать на головокружения при рассеянном склерозе. Основной целью коррекции головокружения является максимально полное устранение неприятных ощущений и сопутствующих неврологических и отиатрических расстройств, чем достигается обеспечение самостоятельности в повседневной жизни и минимизация риска падений как потенциального источника травм.

Терапия головокружения при рассеянном склерозе носит в основном симптоматический характер. Данная коррекция подразумевает применение вестибулolitikов. Для купирования и предупреждения

приступов системного головокружения широко используют синтетические аналоги гистамина (бетагистин), но при несистемном головокружении их применение, как основного препарата, нецелесообразно. При преимущественном поражении вестибулярного анализатора применяют антигистаминные препараты. Широко применяют комбинированные препараты вестибулолитического и седативного действия, способствующие уменьшению выраженности как самого головокружения, так и сопутствующих вегетативных проявлений.

Достаточно сложной проблемой является ведение больных с преимущественно несистемным характером головокружения. При этом применяются препараты из фармакологических групп антидепрессантов, анксиолитиков, антиконвульсантов, нейролептиков, дозировки которых необходимо устанавливать абсолютно точно для предотвращения побочных эффектов данных групп препаратов.

Определённое значение имеет немедикаментозная терапия головокружения, заключающаяся в выполнении больным комплекса упражнений, несущих адаптационный характер и позволяющих контролировать головокружение. Имеет значение обучение больного навыкам преодоления нарушения равновесия.

Данные методы терапии головокружения имеют достаточно широкое применение, так как приводят к облегчению состояния больного и предупреждают риск возникновения различных травм, возникающих вследствие головокружения [1, 7, 8].

Вывод

Таким образом, были рассмотрены причины и патогенетические механизмы головокружения при рассеянном склерозе, с вытекающим отсюда характером головокружения в клинике рассеянного склероза и основными методами его коррекции.

Список литературы

1. Пажигова З.Б., Карпов С.М., Шевченко П.П., Каширин А.И. Клинико неврологическая характеристика больных с рассеянным склерозом с учетом тяжести состояния // *Фундаментальные исследования*. – 2014. – №7-4. – С. 771-775.
2. Шевченко П.П., Карпов С.М., Рзаева О.А., Янушкевич В.Е., Конева А.В. Рассеянный склероз: этиопатогенез с позиции современной науки // *Успехи современного естествознания*. – 2014. – №6. – С. 121.
3. Пажигова З.Б., Карпов С.М., Шевченко П.П., Бурнусус Н.И. Распространенность рассеянного склероза в мире: обзорная статья // *Международный журнал экспериментального образования*. – 2014. – С. 78-82.
4. Симптомы рассеянного склероза. – URL: http://www.center-hc.ru/diseases/multiple_sclerosis/clinical_of_multiple_sclerosis.htm
5. Головокружение при рассеянном склерозе. – URL: <http://meduniver.com/Medical/Neurology/682.html>
6. Головокружение – симптом рассеянного склероза. – URL: <http://proskleroz.ru/simptomu/golovokruzhenie-simptom-rasseyannogo-skleroza/>
7. Гусев Е.И., Коновалов А.Н. Национальное руководство. Неврология. 2009.
8. Шевченко П.П. Распространенность и клиническая характеристика рассеянного склероза в Ставропольском крае: автореф. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 1992.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ

Жамурзова Э.Х., Шевченко П.П.

*Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия,
e-mail: hurrem222123@mail.ru*

Актуальность

Рассеянный склероз – хроническое демиелинизирующее заболевание центральной нервной системы, имеющее в большинстве случаев волнообразное течение с чередованием обострений и ремиссий на ран-

них стадиях заболевания, реже – изначально неуклонно прогрессирующее течение [1,3]. РС является самым распространенным демиелинизирующим заболеванием, которое поражает преимущественно лица молодого трудоспособного возраста и быстро приводит к инвалидизации. Во всем мире преобладающее число больных – женщины в возрасте 20-35 лет [2]. В Ставропольском крае и женщины, и мужчины страдают РС по частоте одинаково. Так как этиопатогенез РС до конца не ясен, диагностика данного заболевания устанавливается больным от 0,5 месяцев до 10 лет, средний возраст дебюта заболевания 20-33года [4]. Эти данные, а также отсутствие специфических симптомов, характерных только для данного заболевания, делают диагностику РС достаточно сложным процессом. Учитывая высокую распространенность РС у лиц молодого трудоспособного возраста, прогрессирующее течение, приводящее к ранней инвалидизации, можно сказать, что данное заболевание является не только медицинской, но и общегосударственной социальной проблемой.

Цель: проведение анализа существующих общепринятых международных критериев, позволяющих практическому неврологу повысить сроки и качество достоверности постановки диагноза, своевременно определить стратегию и тактику ведения этой сложной категории больных.

Результаты исследования

На сегодняшний день общепризнанными критериями диагностики рецидивирующе-ремиттирующего течения рассеянного склероза считаются новые диагностические критерии Мак-Дональда 2010 г. Основным критерием клинически «достоверного» РС является диссеминация «в месте и во времени», т.е. выявление признаков не менее двух отдельно расположенных очагов в ЦНС, возникновение которых разделено по времени периодом не менее чем через месяц (т.е. эти очаги должны возникнуть не одновременно).

Очень важно, что всегда диагноз РС должен ставиться в последнюю очередь, при исключении других причин подобного многоочагового поражения мозга. Диагноз РС практически сразу устанавливается при наличии 2 и более атак заболевания, а также объективных признаков наличия 2 и более очагов в неврологическом статусе. В данном случае дополнительных диагностических исследований не требуется. При наличии различных клинических вариантов возможного РС с одним очагом поражения или одним обострением согласно критериям Мак-Дональда требуются дополнительные исследования, подтверждающие диссеминацию в пространстве и во времени, среди которых основополагающее значение принадлежит МРТ. Диссеминация в пространстве в критериях Мак-Дональда 2010 г. подтверждается наличием ≥ 1 T2 очага как минимум в 2 из 4 отделов мозга (при этом не требуется наличия очагов, накапливающих парамагнитный контраст). Необходимо наличие 1 и более T2-очагов в 2 из 4 зон мозга: перивентрикулярно, юкстратенториально, инфратенториально, в спинном мозге.

Клиническая картина: два обострения и более, объективная картина одного очага. МРТ-критерии диссеминации во времени. В критериях Мак-Дональда 2010 г. диссеминацию во времени можно подтвердить сразу, не ожидая 30 дней или 3 месяцев, как это делалось раньше, при выявлении новых очагов следующими двумя способами: 1) при появлении новых T2-очагов и/или очагов, накапливающих парамагнитный контраст, на повторных томограммах в сравнении с предыдущими, независимо от того, когда

предыдущие исходные томограммы были сделаны; 2) если одновременно выявляются накапливающие и ненакапливающие парамагнитный контраст очаги на томограммах, независимо от времени, когда они были сделаны [5]. Клиническая картина: одно обострение и объективные признаки двух и более очагов. Подтверждение диссеминации в месте и диссеминации во времени. Клиническая картина: одно обострение, клинические данные о наличии одного очага (моносимптомное проявление, клинически изолированный синдром) [1].

В соответствии с этими критериями диагноз может быть установлен лишь на основании данных МРТ, что получило название «радиологически изолированный синдром». Если на МРТ выявляются одновременно накапливающие и ненакапливающие контраст очаги в областях мозга, типично поражающиеся при рассеянном склерозе, диагноз «радиологически изолированный синдром» может быть установлен даже при отсутствии симптомов болезни, а в случае имеющихся клинических симптомов подтверждается диссеминация во времени [6,7].

Вывод

Совершенствование стандартного набора диагностических критериев с использованием инструментальных методов, четкая осведомленность и широкое внедрение в практическую деятельность неврологов единых критериев диагностики РС позволит более точно на ранних этапах устанавливать диагноз, проводить дифференциальную диагностику и определять соответствующую тактику ведения больных.

Список литературы

1. Пажигова З.Б., Карпов С.М., Шевченко П.П., Каширин А.И. Клинико-неврологическая характеристика больных с рассеянным склерозом с учетом тяжести состояния // *Фундаментальные исследования*. – 2014. – № 7-4. – С. 771-775.
2. Пажигова З.Б., Карпов С.М., Шевченко П.П., Бурнусус Н.И. Распространенность рассеянного склероза в мире: обзорная статья // *Международный журнал экспериментального образования*. – 2014. – № 1-1. – С. 78-82.
3. Шевченко П.П., Карпов С.М., Рзаева О.А., Янушкевич В.Е., Конева А.В. Рассеянный склероз: этиопатогенез с позиции современной науки // *Успехи современного естествознания*. – 2014. – № 6. – С. 123-124.
4. Шевченко П.П. Распространенность и клиническая характеристика РС в Ставропольском крае: автореф. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 1992.
5. Критерии диагностики рассеянного склероза Мак-Дональда 2010. – URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/34956>
6. Диссеминация в пространстве и во времени / – URL: <http://www.diagnos.ru/diseases/nerves/sclerosis>
7. МРТ – как самый информативный метод диагностики. – URL: <http://medi.ru/doc/8500514.htm>

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Жириева Е.Н., Карпова Е.Н.

*Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия,
e-mail: zhirueva1985@mail.ru*

Актуальность

Острое нарушение мозгового кровообращения приводит к локальным нарушениям функции мозга, длящееся более 24 часов или приводящее к смерти больного в более короткий промежуток времени. Встречается с частотой 400-500 на 100 000 населения в год и является одной из основных причин смерти и инвалидизации взрослого населения. На ишемический инсульт приходится 80-85 % всех инсультов.

Цели: изучить факторы риска развития ишемического инсульта.

Материалы и методы: интернет ресурсы, медицинская литература.

Результаты и обсуждения

По данным литературы и интернет ресурсов были выявлены две основные группы факторов риска развития ишемического инсульта:

- 1) немодифицируемые факторы:
 - пожилой и старческий возраст;
 - половая принадлежность – у мужчин ишемический инсульт развивается чаще, чем у женщин.
- 2) модифицируемые факторы:
 - артериальная гипертензия – чем выше цифры АД, тем выше риск развития ишемического инсульта;
 - сердечная патология, в первую очередь, фибрилляция предсердий, а также ИБС, эндокардиты, порок или протез сердечного клапана, аневризма сердца и др.;
 - атеросклероз церебральных артерий, что ведет к их стенозу, а затем и к полной окклюзии;
 - гиперхолестеринемия-повышение в крови холестерина более 5 ммоль;
 - сахарный диабет, при котором нарушаются все виды обмена веществ, что ускоряет развитие атеросклероза крупных артерий;
 - курение – компоненты табачного дыма способствуют развитию атеросклероза, тромбоза и спазма сосудов;
 - прием оральных контрацептивов – увеличивает риск развития венозного тромбоза.

Выводы

Ишемический инсульт является одной из причин смерти и инвалидизации населения.

После перенесенного инфаркта мозга, вследствие остаточных явлений, качество жизни пациентов резко снижается, порой они не способны даже обслуживать себя в своих физиологических потребностях, им требуется посторонняя помощь.

Лечение данной патологии далеко не всегда способствует восстановлению утраченных функций, в связи с чем большое значение имеет профилактика инсульта. Она заключается в информировании населения о модифицируемых факторах риска развития ОНМК и способах их коррекции. Это, в первую очередь, немедикаментозные способы коррекции: диета, повышение физической активности, отказ от вредных привычек, и при необходимости, проведение антигипертензивной, антикоагулянтной, антиагрегантной, гиполипидемической медикаментозной терапии.

Список литературы

1. Практическая неврология / под ред. А.С. Кадыкова, Л.С. Манвелова, В.В. Шведкова. – М., 2011. – С. 243.
2. Шамасурова М.Ш., Шамасурова Ф.Ш., Долгова И.Н., Карпов С.М. Цереброваскулярные нарушения у больных с артериальной гипотензией // *Успехи современного естествознания*. – 2014. – № 6. – С. 130-131.
3. Диденко Н.Н., Денисюк В.В., Потапова И.Г., Карпов С.М. Актуальные вопросы распространенности ОНМК в Ставропольском крае // *Успехи современного естествознания*. – 2014. – № 6. – С. 121-122.
4. Власова Д.Ю., Карпов С.М., Седакова Л.В. Нарушение когнитивных функций у больных в постинсультном периоде // *Успехи современного естествознания*. – 2013. – № 9. – С. 125-126.
5. Белянова Н.П., Карпов С.М. Периодическое поступление больных с ОНМК в зависимости от времени года // *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. – 2012. – № 1. – С. 18-19.
6. Ревегук Е.А., Карпов С.М. Распространенность ОНМК среди лиц молодого возраста // *Успехи современного естествознания*. – 2012. – № 5. – С. 61-62.
7. Шемякин Ю.Г., Карпов С.М., Шемякина О.А. Влияние акупунктуры на центральную гемодинамику при цереброваскулярных заболеваниях // *Клиническая неврология*. – 2013. – № 3. – С. 34-38.
8. Frantseva A.P., Karpov S.M., Khatuaeva A.A. A state of visual analyzer according to the reverse color chees type pattern in case of patients with type 1 diabetes // *European science review*. – 2014. – № 11-12. – С. 29-33.

**ПЕРВЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ
РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА
В ДЕБЮТЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Заргарова А.С., Шевченко П.П.

*Ставропольский государственный медицинский
университет, Ставрополь, Россия,
e-mail: alegirl2008@yandex.ru*

Актуальность

Рассеянный склероз – хроническое демиелинизирующее заболевание, при котором наблюдается многоочаговое поражение белого вещества центральной нервной системы, в редких случаях с вовлечением и периферической нервной системы.

В последние годы отмечается неуклонная тенденция к росту заболеваемости рассеянным склерозом [2]. Расширяются возрастные рамки рассеянного склероза [2]. В настоящее время типичным возрастом, в котором дебютирует рассеянный склероз, считается возраст от 10 до 59 лет [2]. Этиопатогенез болезни до сих пор точно не установлен [7], критерии постановки диагноза рассеянного склероза четко не определены. Поэтому выявление первых признаков заболевания играет важную роль в диагностике рассеянного склероза.

Цель: проанализировать клиническую картину рассеянного склероза, выявить первые симптомы заболевания и современные методы ранней диагностики, позволяющие выделить критерии постановки диагноза рассеянного склероза в дебюте заболевания.

Результаты исследования

Рассеянный склероз одинаково часто встречается как среди мужчин, так и среди женщин [5]. Течение заболевания может быть добро- и злокачественным. Начало заболевания примерно одинаково часто бывает поли- и моносимптомным [7]. Первые признаки заболевания у больных рассеянным склерозом носят преходящий характер [1], при этом отмечается патоморфологически избирательное поражение определенной структуры ЦНС. В дебюте заболевания рассеянного склероза первыми признаками могут быть:

1. Чувствительные расстройства в виде парестезий, нередко с болевыми проявлениями полинейропатического, а иногда корешкового характера [5], расстройство вибрационной чувствительности;
2. Вестибулопатические нарушения в форме головокружения, нистагма, вестибулярной гиперрефлексии [5];
3. Можечковые расстройства в виде атаксической походки, сопровождающейся головокружением, тошнотой, рвотой, нистагмом [7];
4. Двигательные расстройства чаще в виде нижних спастических парезов [7];
5. Зрительные нарушения в виде оптического неврита с выраженным снижением зрения [7];
6. Нарушение функции тазовых органов в виде задержек или частых позывов на мочеиспускание [7], потенция.

В настоящее время ведущим методом, подтверждающим диагноз рассеянного склероза, является МРТ [7]. Путем использования методов вызванных потенциалов (слуховые, зрительные и соматосенсорные вызванные потенциалы) выявляют вовлечение в процесс соответствующих афферентных систем [7].

Для диагностики вовлечения в патологический процесс пирамидных путей используют транскраниальную магнитную стимуляцию (ТКМС) [7]. Для регистрации клинически невыраженных нарушений статики, слуха и нистагма применяют соответственно стабилотографию и аудиометрию, компьютерную

электронистагмографию [7]. Обязательно проводят офтальмологическое исследование для идентификации нарушений, характерных для оптического неврита [7]. Дополнительное диагностическое значение имеет выявление олигоклональных групп IgG в ликворе [7].

Рассеянный склероз в дебюте заболевания диагностируется у 54,6% заболевших, в остальных случаях диагноз устанавливается в стадии рецидива или первично-хронического течения в разные сроки (от 6 месяцев-1 года до 10 лет и более) [5]. Критериями для постановки диагноза рассеянного склероза являются:

1. Признаки многоочагового поражения ЦНС, преимущественно белого вещества головного и спинного мозга [7];
2. Ремитирующее (не менее 2 обострений) или прогрессирующее (не менее 1 года) течений заболевания [7];
3. Обязательный критерий: критерий «диссеминации в пространстве и во времени», т.е. наличие не менее 2 очагов, появление которых разделено во времени интервалом не менее чем в 1 месяц [7]. Для подтверждения диссеминации в настоящее время используют диагностические критерии Мак Дональда [7];
4. Клиника и анамнез заболевания:
 - Возраст;
 - Национальная принадлежность;
 - Дебюту предшествует инфекционно-аллергический фактор (простуда, ангина, грипп);
 - Избирательность поражения: преимущественно поражается пирамидный путь и нарушается вибрационная чувствительность;
 - Поли- или моносимптомность течения;
 - Симптомы носят преходящий характер;
 - У больных наблюдается плохая переносимость гипертермии (пребывания на солнце, горячих ванн);
 - Характерен симптом диссоциации: например, сохраняется мышечная сила и тонус в конечностях, но наблюдается расстройство функций тазовых органов.

Выводы

Клиническая картина в дебюте заболевания рассеянного склероза отличается полиморфизмом, нет признака, патогномичного для данного заболевания. Диагностика рассеянного склероза занимает длительное время, что обусловлено многосимптомностью начальных проявлений его и длительной ремиссией от момента инициальных проявлений до развития несомненных симптомов рассеянного склероза.

Список литературы

1. Шевченко П.П., Карпов С.М., Рзаева О.А., Янушкевич В.Е., Конева А.В. Рассеянный склероз: этиопатогенез с позиции современной науки // Успехи современного естествознания. – 2014. – №6. – С. 123-124.
2. Потапова И.Г., Диденко Н.Н., Денисюк В.В., Карпов С.М. Актуальные вопросы распространенности рассеянного склероза в Ставропольском крае // Успехи современного естествознания. – 2014. – №6. – С. 126-128.
3. Пажигова З.Б., Карпов С.М., Шевченко П.П., Каширин А.И. Клинико-неврологическая характеристика больных с рассеянным склерозом с учетом тяжести состояния // Фундаментальные исследования. – 2014. – №7-4. – С. 771-775.
4. Пажигова З.Б., Карпов С.М., Шевченко П.П., Бурнусус Н.И. Распространенность рассеянного склероза в мире: обзорная статья // Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – №1-2. – С. 78-82.
5. Шевченко П.П. Распространенность и клиническая характеристика рассеянного склероза в Ставропольском крае: автореф. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 1992.
6. Скоромец А.А., Скоромец А.П., Скоромец Т.А. Нервные болезни: учебное пособие. – М.: «МЕД-пресс-информ», 2012.
7. Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И., Гехт А.Б. Неврология. Национальное руководство. 2010.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ В ИЗУЧЕНИИ ПАРКИНСОНИЗМА С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СТАТИСТИКИ

Карданова К.А.

*Ставропольский государственный медицинский
университет, Ставрополь, Россия,
e-mail: karina7065001@yandex.ru*

Актуальность

Паркинсонизм – неврологический синдром, характеризующийся сочетанием акинезии, ригидности, тремора покоя и постуральной неустойчивости, является прогрессирующим дегенеративным заболеванием центральной нервной системы. Является одним из наиболее актуальных и острых проблем медицины во всем мире. Об этом свидетельствует статистика разных стран. Приводимые в отчетах тревожные цифры заставляют думать, что в последние два десятилетия заболеваемость паркинсонизмом увеличилась. Во всех странах мира отмечается рост сосудистых поражений головного мозга, обусловленных гипертонической болезнью и атеросклерозом. Изменения же сосудов мозга являются одной из главных причин развития паркинсонизма. Паркинсонизм, как правило, печальная «привилегия» людей пожилого возраста. Чаще всего первые симптомы болезни появляются между 50-60 годами.

Цель: выявить с помощью статистики распространенность болезни Паркинсона в мире.

Материалы и методы

1. Исследование проводилось с помощью интернет ресурсов.

2. Было проведено исследование среди мужчин и женщин разного возраста.

3. Методом исследования была статистика количества женщин и мужчин, страдающих болезнью Паркинсона.

Результаты исследования

Цифры общей распространенности БП, т.е. без возрастного распределения, различны для каждой страны и имеют следующие диапазоны по количеству случаев на 100 000 населения (данные литературного обзора): Северная Америка: США 207-529; Канада 126-244,4; Южная Америка: Боливия 50,2; Аргентина 656,8; Бразилия 330; Колумбия 31; Карибский бассейн: Куба 135; Азия: Восточная Азия: Япония 61,3-306,6; Китай 12,4-522; Корея 370; Юго-Восточная Азия: Сингапур 300; Тайвань 130,1; Южная Азия: Индия 328,3; Западная Азия: Израиль 240; Австралия: Австралия 107-414; Океания: Новая Зеландия 76; Африка: Ливия 31,4; Эфиопия 7; Танзания 20, Нигерия 58-67; Европа: Западная Европа: Острова Фарерские 183-206, Германия 183, Испания 122-170, Италия 104-168, Финляндия 120-166, Англия 121-139, Португалия 135, Франция 121-320, Шотландия 103, Норвегия 102, Швеция 76-115; Восточная Европа: Эстония 152, Россия 139,9-238, Польша 66, Болгария 137-164.

Выводы

Исследование показало, что болезнь Паркинсона является одним из наиболее распространенных нейродегенеративных заболеваний в мире, лидирующей страной является Америка.

Список литературы

1. Власов В.В. Эпидемиология. – М., 2006. – С. 462.
2. Гланц Стентон. Медико-биологическая статистика / пер. с англ. – М.: Практика, 1998. – С. 459.
3. Похабов Д.В., Абрамов В.Г., Нестерова Ю.В. Эпидемиология паркинсонизма (по материалам регистра в Красноярском крае): руководство для врачей: материалы 1-го Национального конгресса. – М., 2008. – С. 20-27.
4. Саютина С.Б., Валиулин М.А., Блохина И.А. Распространенность, диагностика и лечение болезни Паркинсона в Иркутской области: руководство для врачей: материалы 1-го Национального конгресса. – М., 2008. – С. 280.

5. Сичинава Д.К., Барабанова М.А. Эпидемиология паркинсонизма и болезни Паркинсона в Краснодарском крае: руководство для врачей: материалы 1-го Национального конгресса. – М., 2008. – С. 282.

6. Строчунская Е.Я. Паркинсонизм с позиции современных информационных концепций медицины. – Смоленск, 2008. – С. 208.

7. Байрамукова А.М., Ажахметова А.К., Карпов С.М. Эпидемиология болезни паркинсона в различных странах мира // Успехи современного естествознания. – 2013. – № 9. – С. 20-21.

8. Мироненко Т.В., Храмов Д.Н., Карпов С.М., Стоянов А.Н., Вастьянов Р.С., Бакуменко И.К., Ямкова Т.Г. Комплексная коррекция моторных и нейро-вегетативных расстройств у пациентов с посттравматическим паркинсонизмом // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 5. – С. 284.

9. Бурнусус Н.И., Карпов С.М. Биохимические маркеры в диагностике ранних форм болезни Паркинсона // Международный научно-исследовательский журнал. – 2013. – № 10-5 (17). – С. 13-14.

10. Шанхоева Д.Р., Карпов С.М. Призрачная этиология болезни Паркинсона // Международный научно-исследовательский журнал. – 2013. – № 10-5 (17). – С. 34-35.

11. Azoidis I., Burnus N.I., Yashenko I.A., Karpov S.M. Modern aspects of diagnostics regarding parkinson's disease (PD) // International journal of applied and fundamental research. – 2014. – № 2. – С. 24516.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ МИННО-ВЗРЫВНОЙ ТРАВМОЙ

Косенко М.М., Бахадова Э.М.

*Ставропольский государственный медицинский
университет, Ставрополь, Россия,
e-mail: mawynka1993@yandex.ru*

Введение

Сегодняшняя ситуация в мире заставляет задуматься о том, что современные вооруженные конфликты характеризуются неуклонным ростом травматизма, в 50-60% случаев приводящих к сочетанным и множественным повреждениям систем и органов человека. Среди этих ранений особой тяжестью и своеобразием выделяются минно-взрывные травмы (далее – МВТ), доля которых в общей структуре боевых санитарных потерь достигает 25%. Подобные травмы являются сочетанными, с повреждением 2-3 и более анатомических областей тела, а в общей структуре травматизма на долю сочетанных повреждений черепа и головного мозга приходится до 85%.

Цель исследования: изучить неврологические осложнения у больных с сочетанной МВТ в зависимости от её вида.

Материалы и методы исследования: статистическая и аналитическая работа с данными сети Интернет, литературными источниками.

Результаты исследования

По данным других исследований МВТ с черепно-мозговой травмой составляет около 65%, а на долю МВТ с периферическим поражением (ампутацией) приходится 35% пострадавших.

К наиболее частым осложнениям первой группы травм относятся травматический менингит – 37%, внутримозговая гематома – 25%, эпилепсия – 20%, травматический арахноидит – 7%, посттравматический паркинсонизм – 5%, окклюзионная гидроцефалия – 4% и невроты – 2%. К наиболее частому неврологическому осложнению МВТ с периферическим поражением можно отнести синдром рассеянной церебральной микросимптоматики (в 78% случаев осложнений), выражающийся в общемозговой симптоматике, глазодвигательных расстройствах, легкой недостаточностью VII и XII пар черепных нервов, пирамидной симптоматике с проявлениями анизорефлексии, наличии патологических рефлексов. Также в структуру данного синдрома входило вестибулярные и стагоатактические расстройства.

Стоит отметить, что очаговая симптоматика наблюдается лишь у больных, отнесенных к первой группе

поражённых. Летальность от осложнений среди пациентов с МВТ с черепно-мозговой травмой составляет 14%, в то время как показатели второй группы – 3%.

Вывод

В настоящее время тема МВТ весьма актуальна в практической медицине. Оценив процент осложнений, наступающих в посттравматический период, можно сделать вывод о том, что наиболее опасным видом МВТ, с точки зрения неврологического прогнозирования исходов травмы, являются МВТ с черепно-мозговой травмой. Минно-взрывные травмы с периферическим поражением являются более благоприятными в неврологическом отношении. МВТ с черепно-мозговой травмой могут приводить к инвалидизации поражённых, что крайне остро отражает важность изучения осложнений, меры их предупреждения, своевременность в оказании медицинской помощи при МВТ.

Список литературы

1. Никитаев В.Е. Оценка тяжести и прогнозирование течения минно-взрывной травмы. – URL: <http://www.dissercat.com/content/otsenka-tyazhesti-i-prognozirovanie-techeniya-minno-vzryvnoi-travmy>
2. Яровой В.К. Минно-взрывная травма, классификация, клиника. – URL: (http://yagovoy.ucoz.ru/index/minno_vzryvnaja_travma_klassifikacija_klinika_i_lechenie/0-15)
3. Колтович А.П. Тяжелые сочетанные, множественные и комбинированные минно-взрывные ранения. – URL: (<http://www.dslib.net/xirurgia/tjazhelye-sochetannye-mnozhestvennye-i-kombinirovannnye-minno-vzryvnye-raneniya.html>)
4. Бахадова Э.М., Карпов С.М., Апагуни А.Э., Карпова Е.Н., Апагуни В.В., Калоев А.Д. Отдалённые последствия минно-взрывной травмы на нейрофизиологическое состояние головного мозга // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 2. – С. 28-33.
5. Карпов С.М., Бахадова Э.М., Апагуни А.Э., Карпова Е.Н. Компенсаторно-восстановительные механизмы в отдалённом периоде у пострадавших после минно-взрывного ранения // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2014. – № 2. – С. 25-28.
6. Соколова И.В., Карпов С.М. Травматическая эпилепсия при ЧМТ // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2012. – № 1. – С. 44-45.
7. Бахадова Э.М., Карпов С.М., Апагуни А.Э., Апагуни В.В., Хатуева А.А., Карпов А.С. Особенности черепно-мозговой травмы при минно-взрывном травматизме (обзорная статья) // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2013. – № 12. – С. 72-75.
8. Карпов С.М., Бахадова Э.М., Апагуни А.Э., Калоев А.Д. Отдалённые последствия минно-взрывного ранения, как фактор психоневрологических нарушений // Вестник новых медицинских технологий. – 2014. – Т. 21, № 3. – С. 100-103.

ЭТИЧЕСКИЕ И ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

Крутина Я.С., Шевченко П.П.

*Больница №4, Ставрополь, Россия,
e-mail: jana.krutina@yandex.ru*

Актуальность

Рассеянный склероз, как заболевание, в области неврологии остается одной из важнейших проблем во всем мире. Несмотря на полуторавековой период изучения данной проблемы, актуальность ее становится по-прежнему очевидной. В Ставропольском крае рассеянный склероз составляет 23-25 тыс. больных на 100000 тыс. населения, что является зоной средней степени риска заболевания. Проблема этиопатогенеза остается открытой. Одним из важнейших проявлений дебюта заболевания рассеянного склероза является психоэмоциональные нарушения: от эмоциональной раздражительности до дементного синдрома.

Цель: проанализировать и изучить этические и деонтологические проблемы рассеянного склероза

Результаты исследования

Большинство людей воспринимают диагноз РС как катастрофу: они подвержены психоэмоциональным стрессам, сменяющихся эмоциональной лабильностью, мнительностью, обидчивостью. Поэтому на-

рушение этико-деонтологических отношений между больным и родственником, больным и врачом и т.д. приводит к суициду. Особенно это касается мужской половины больных, у которых болезнь протекает значительно тяжелее. В Ставропольском крае суициды среди мужчин, страдающих РС, составляет 50-60%.

Вывод

Мы считаем, что ежедневная перекодировка больного от заболевания в виде, положительных эмоций, мотивирования его на выполнение физических упражнений, сохранение позитивного настроения. Объяснение больному, что многие проблемы сегодня уже решаемы, наука движется вперед. Что систематическое лечение позволит создать прецедент для сокращения неврологического обострения и значительное уменьшение нарастания заболевания рассеянного склероза.

Список литературы

1. Пажигова З.Б., Карпов С.М., Шевченко П.П., Бурнус Н.И. Распространенность рассеянного склероза в мире (обзорная статья) // Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – № 1-2. – С. 78-82.
2. Шевченко П.П., Карпов С.М., Рзаева О.А., Янушкевич В.Е., Конева А.В. Рассеянный склероз: этиопатогенез с позиции современной науки // Успехи современного естествознания. – 2014. – № 6. – С. 123-124.
3. Потапова И.Г., Диденко Н.Н., Денисюк В.В., Карпов С.М. Актуальные вопросы распространенности рассеянного склероза в Ставропольском крае // Успехи современного естествознания. – 2014. – № 6. – С. 126-128.
4. URL:http://www.center-hc.ru/diseases/multiple_sclerosis/multiple_sclerosis.htm
5. URL:<http://www.nazdor.ru/topics/improvement/diseases/current/473795/#Депрессия>
6. URL:http://tgren.ucoz.ru/news/ehmocionalnye_problemy_rassejannjy_skleroz_suicid/2013-12-24-139
7. URL:<http://proskleroz.ru/rasseyannyj-skleroz/simptom/>
8. URL:http://www.medkrug.ru/article/show/lechenie_projavlenij_zabolevaniya_pri_rassejannom_skleroze

НЕЙРОСТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ У БОЛЬНЫХ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ

Кудрявцева В.Д., Шевченко П.П.

*Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия,
e-mail: viki-194@mail.ru*

Актуальность

Рассеянный склероз относится к демиелинизирующему заболеванию, в основе которого лежит аутоиммунный механизм повреждения, клиника которого разнонаправлено рассматривается во многих науках, в том числе и в нейростоматологии. Некоторые симптомы хотя и не очень часты при рассеянном склерозе, но относятся к типичным и даже в большой степени патогномичным для рассеянного склероза. Такими симптомами рассеянного склероза являются: парез лицевого нерва и тригеминальная невралгия у пациентов молодого возраста. Частота встречаемости данных симптомов при рассеянном склерозе наблюдается 30-50 больных на 100 000 населения [2].

Цель: проанализировать нейростоматологические проблемы у больных при рассеянном склерозе.

Результаты исследования

Главной стоматологической проблемой поражения лицевого и тройничного нерва является хроническое течение и плохо поддающееся лечению, особенно на фоне рассеянного склероза. Основным характерным признаком пареза лицевого нерва – асимметричность и гипомимия лица, в результате которого человек испытывает затруднения при разговоре, приеме пищи, а также отмечается лагофтальм на стороне очага поражения [5].

При невралгии тройничного нерва клиническим симптомом является нестерпимые периодически наступающие приступы резких болей в области одной или нескольких ветвей тройничного нерва длительностью от нескольких секунд до 2-3 минут и носят приходящий характер, а именно поражается V пара с тригеминальной двухсторонней прозопагией, также может возникать невропатия лицевых мышц (паралич Белла), но протекающий без боли. Нередко тригеминальная невралгия становится наиболее субъективно значимым проявлением болезни, выраженность которого существенно не меняется в периоды экзacerbации и ремиссии рассеянного склероза [8]. Примечательно, что возраст больных в дебюте рассеянного склероза, при поражении V и VII пары черепно-мозговых нервов, являются люди моложе 35 лет, у которых в конечном итоге наблюдается временная или длительная утрата трудоспособности.

Вывод

Таким образом, проблемы поражения лицевого и тройничного нерва носят ремитирующее течение, как и рассеянный склероз.

Развитие невралгии вызвано очаговой демиелинизацией входной зоны тригеминального сенсорного корешка тройничного нерва, что объясняет всю симптоматику [3,6]. А отсутствие заметной взаимосвязи между возникновением или сохранением лицевой боли и выраженностью других неврологических расстройств у больных рассеянным склерозом является свидетельством формирования в центральных ноцицептивных структурах устойчивой патологической алгической системы [8]. Так же хочется заметить, что стоматологические проблемы в дебюте рассеянного склероза не случайны и носят различную природу возникновения, вопрос которых до сих пор остается открытым.

Список литературы

1. Шевченко П.П. Распространенность и клиническая характеристика рассеянного склероза в Ставропольском крае. – Новосибирск, 1992.
2. Карпов С.М., Ревегук Е.А. Актуальность проблемы невралгии тройничного нерва в неврологии. – Ставрополь, 2013.
3. Karpov S.M., Pashigova Z.B., Karpova E.N. Visual evoked potentials in examining the visual analyzer in patients with multiple sclerosis. *Neurology. Neuropsychiatry. Psychosomatics.* – 2014. – С. 27-31.
4. Гречко В.Е., Степанченко А.В., Турбина Л.Г., Семенова С.Ю. Современные аспекты реабилитации больных с невралгиями лицевого нерва // *Неврологический вестник.* – 1994. – Т. XXVI, Вып. 3-4. – С. 45-48.
5. Тринитатский Ю.В. Лицевые боли как дебют рассеянного склероза // *Российский стоматологический журнал.* – 2001. – №2.
6. Grachev Yu.V., Reshetnyak V.K. Pathogenetic mechanisms of paroxysmal prosopalgias // *Stomatology.* – 1999. – №2.
7. Пажигова З.Б., Карпов С.М., Шевченко П.П., Бурнус Н.И. Распространенность рассеянного склероза в мире // *Международный журнал экспериментального образования.* – 2014. – №1-2. – С. 78-82.
8. Гачев Ю.В. Пароксизмальная тригеминальная боль: лекция // *Журнал неврологии и психиатрии.* – 2011. – №7.

ДЕБЮТ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

Лысенко А.А., Шевченко П.П.

*Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия,
e-mail: andreika.lysenko.1988@mail.ru*

Актуальность

В настоящее время рассеянный склероз является одним из самых труднодиагностируемых и сложных заболеваний нервной системы. Это объясняется отсутствием специфических симптомов, тем самым создавая значительные трудности при диагностике данного заболевания [1]. Поэтому постановка данного диагноза является сложным процессом, требую-

щим высокой квалификации врача-невролога, чтобы в самом дебюте заподозрить демиелинизирующий процесс в нервной системе и распознать первые клинические проявления на ранних стадиях заболевания.

Цель: проанализировать современные данные и выделить наиболее частые клинические особенности дебюта периферического рассеянного склероза, подчеркнуть характерные симптомы данного заболевания.

Результаты исследования

Как правило, заболевание проявляется у лиц молодого и среднего возраста (18-50 лет), причем женщины болеют почти в два раза чаще мужчин (1,7:1) [2]. Для рассеянного склероза характерно волнообразное течение с периодами обострения и ремиссии. Начало заболевания острое или подострое, при этом быстро развиваются очаговые неврологические симптомы: нарушение чувствительности с ощущением онемения, парестезии или боли в конечностях или туловище, парез конечностей, неустойчивость при ходьбе, головокружение, нарушение мочеиспускания [7].

Первоначальные обострения могут заканчиваться полным спонтанным регрессом симптомов. Но с каждым новым проявлением восстановление становится менее полным, что приводит к накоплению неврологических дефектов в виде парезов, атаксии и нарушения чувствительности. Симптомы могут усиливаться при физических нагрузках или при повышении температуры.

У больных пожилого возраста заболевание с самого начала приобретает прогрессирующий характер, имеет вид спинальной формы рассеянного склероза и нарастающей миелопатии: нарушения глубокой чувствительности в ногах, нижний спастический парез, нарушение функции тазовых органов [4].

Учитывая отсутствие специфических диагностических критериев рассеянного склероза, диагноз в дебюте для данного заболевания выставляется в интервале от 0,5 года до 10 лет [5].

Вывод

Учитывая течение заболевания, рассеянный склероз носит прогрессирующий характер. Клинические особенности периферического рассеянного склероза в достаточной степени не изучены и, следовательно, выделить основные ведущие симптомы в дебюте весьма трудно, но чаще всего основными из них являются: атаксия (мозжечковый тип), нарушение чувствительности (онемение), парез конечностей (чаще – нижних).

Список литературы

1. Шевченко П.П., Карпов С.М., Рзаева О.А., Янушкевич В.Е., Колева А.В. Рассеянный склероз: этиопатогенез с позиции современной науки // *Успехи современного естествознания.* – 2014. – №6. – С. 123-124.
2. Пажигова З.Б., Карпов С.М., Шевченко П.П., Каширин А.И. Клинико-неврологическая характеристика больных с рассеянным склерозом с учетом тяжести состояния // *Фундаментальные исследования.* – 2014. – №7-4. – С. 771-775.
3. Пажигова З.Б., Карпов С.М., Шевченко П.П., Бурнус Н.И. Распространенность рассеянного склероза в мире: обзорная статья // *Международный журнал экспериментального образования.* – 2014. – №1-2. – С. 78-82.
4. Исмаилов М.Г., Шевченко П.П., Яценко И.А. Рассеянный склероз и дебют в пожилом возрасте // *Успехи современного естествознания.* – 2014. – №6. – С. 122-123.
5. Шевченко П.П. Распространенность и клиническая характеристика рассеянного склероза в Ставропольском крае: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 1992.
6. <http://www.rae.ru/fs/?section=content&op=articles&month=7&year=2014&part=4> // *Фундаментальные исследования.* – 2014. – №7-4.
7. Евтушенко С.К., Блиндарук С.Г., Гончарова Я.А., Дервянко И.Н., Грищенко А.Б. Первичные проявления периферической формы рассеянного склероза: диагностика, клиника, лечение // *Международный неврологический журнал.* – URL:<http://www.mif-ua.com/archive/article/3468> //
8. Поражение периферической нервной системы в клинике рассеянного склероза. – URL: http://doctorspb.ru/articles.php?article_id=1281 (Медицинский портал для врачей и студентов).

**ГИПЕРТЕРМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ
КАК ДЕБЮТ РАЗВИТИЯ
РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА**

Мамедова А.Э., Хамдард А.А., Шевченко П.П.
*Ставропольский государственный медицинский
университет, Ставрополь, Россия,
e-mail: vinera.tr@mail.ru*

Актуальность

Рассеянный склероз – хроническое прогрессирующее демиелинизирующее заболевание нервной системы, имеющее в большинстве случаев волнообразное течение с чередованием обострений и ремиссий на ранних стадиях заболевания, реже – изначально неуклонно прогрессирующее течение.

Рассеянный склероз поражает преимущественно лиц молодого трудоспособного возраста (16-45 лет) и приводит к инвалидизации [1].

РС как заболевание в настоящее время имеет тенденцию к росту во всем мире. Частота РС в Ставропольском крае составляет 23-25 на 100 000 населения и относится к зоне со средней степенью риска развития заболевания [2].

Цель: рассмотреть гипертермический синдром как дебют развития рассеянного склероза.

Результаты исследования

Одним из наиболее известных и хорошо изученных синдромов при РС является ГС или синдром «горячей ванны». Гипертермический синдром встречается у 0,6% больных рассеянным склерозом в начальных периодах заболевания [3]. Этот синдром может возникнуть как в острой, так и хронической стадии заболевания и быть основным и единственным проявлением РС в дебюте заболевания и характеризоваться ухудшением состояния больных РС при повышении температуры окружающей среды [4,5].

ГС может проявляться в виде нарастающей общей слабости и неврологического дефицита, он неспецифичен и отражает повышенную восприимчивость нервного волокна, лишенного миелиновой оболочки («изоляция»), к внешним воздействиям и представляет собой нарушение температурной чувствительности по проводниковому типу. В большей части эти симптомы или проявления имеют преходящий характер.

ГС как проявление РС в дебюте заболевания в большей части непродолжителен [6,7].

Выводы

Следует отметить, что наряду с увеличением числа больных рассеянным склерозом, гипертермический синдром как дебют развития предшествующий рассеянному склерозу встречается чаще и имеет значение для постановки данного диагноза как дебюта заболевания, т.е. рассеянный склероз является прогрессирующим заболеванием, в последующем гипертермический синдром становится составной частью симптомокомплекса РС.

Список литературы

1. Пажигова З.Б., Карпов С.М., Шевченко П.П., Бурнусус Н.И. Распространенность рассеянного склероза в мире: обзорная статья // Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – № 1-2. – С. 78-82.
2. Потапова И.Г., Диденко Н.Н., Денисюк В.В., Карпов С.М. Актуальные вопросы распространенности рассеянного склероза в Ставропольском крае // Успехи современного естествознания. – 2014. – № 6. – С. 126-128.
3. Пажигова З.Б., Карпов С.М., Шевченко П.П., Каширин А.И. Клинико-неврологическая характеристика больных с рассеянным склерозом с учетом тяжести состояния // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 7-4. – С. 771-775.
4. Шевченко П.П., Карпов С.М., Рзаева О.А., Янушкевич В.Е., Конева А.В. Рассеянный склероз: этиопатогенез с позиции современной науки // Успехи современного естествознания. – 2014. – № 6. – С. 123-124.
5. Карпов С.М., Батуринов В.А., Тельбух В.П., Францева А.П., Белякова Н.А. Аутоантитела к основному белку миелина и их роль при

демиелинизирующих процессах // Клиническая неврология. – 2013. – № 3. – С. 16-19.

6. Карпов С.М., Батуринов В.А., Тельбух В.П., Францева А.П., Белякова Н.А., Чичановская Л.В. Аутоантитела к основному белку миелина и их роль при демиелинизирующих процессах // Клиническая неврология. – 2013. – № 3. – С. 34.

7. Бурнусус Н.И., Карпов С.М., Шевченко П.П. Нейротрансмиттеры в патогенезе рассеянного склероза // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2012. – № 1. – С. 20-21.

**СОЦИАЛЬНО-БЫТОВЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
БОЛЬНЫМ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ
И ИХ РОДСТВЕННИКАМ**

Найдёнова Т.Е., Шевченко П.П.

*Ставропольский государственный медицинский
университет, Ставрополь, Россия,
e-mail: naidtanushka@mail.ru*

Актуальность

У больных РС отмечается чрезвычайный полиморфизм психических нарушений – от невротических и личностных расстройств до психотических состояний и эпилептиформного. Обычно последние не выходят за рамки экзогенного типа реагирования, хотя чаще круг психопатологических явлений у больных данной категории исчерпывается расстройствами эмоциональной и интеллектуально-мнестической сфер. Состояние больных РС тесно связано с их участием в повседневной жизни и производственной деятельности. Ранее пациентам с РС предписывалось резкое сокращение всех видов деятельности и даже строгий постельный режим в течение длительного времени, что приводило к усилению спастического тонуса, инфекционным и другим осложнениям. Доказано, что изоляция неблагоприятно влияет на течение заболевания и может повысить частоту осложнений. Важным шагом вперед явилось понимание того, что нормальные проявления жизнедеятельности (физические и психологические) и возникший на их основе нормальный стресс не играют существенной роли в процессе развития заболевания и ухудшения клинической картины.

Цель: проанализировать социально-бытовые рекомендации больным с рассеянным склерозом и их родственникам.

Результат исследования

На стадии полной стойкой ремиссии решающее значение имеют психокорректирующие мероприятия, нейропсихологическое консультирование, создание адекватной обстановки в семье. Необходимо предупредить больного о возможных неблагоприятных влияниях, таких как инфекции, психоэмоциональные перегрузки, интоксикации, беременность, перегревание.

Следует особо подчеркнуть, что болезнь протекает индивидуально, и ее последствия невозможно предвидеть. Широко распространенный взгляд на рассеянный склероз как на болезнь, неотвратимо и быстро приводящую к инвалидизации или смерти, в свете современных знаний представляется необоснованным.

Неуверенность в будущем, усиленная чувством утраты возможностей, вызывает у больных РС ощущение подавленности. Связанная с депрессией усталость – тоже характерная черта при РС, она часто сопровождается чувствами печали и крушения надежд. У каждого человека иногда бывает мрачное настроение, но депрессия при РС, кроме обычных, имеет свои особенные черты.

- Подавленное настроение, чувство безнадежности, отчаяния.
- Утрата интереса ко всем видам деятельности.
- Пониженный или повышенный аппетит, значительное уменьшение или увеличение веса.

- Повышенная потребность во сне или бессонница.
- Ощущение постоянного беспокойства.
- Утомляемость, потеря энергии.
- Ощущение ненужности или необоснованной вины.
- Потеря способности концентрироваться, решать проблемы, нерешительность.
- Периодические мысли о смерти или о самоубийстве.

Присутствие пяти или более из перечисленных признаков при наличии подавленного настроения и потери интересов при продолжительности симптомов не менее 2-х недель называется клинической депрессией. Многим больным хорошо помогает психотерапия и/или препараты-антидепрессанты. В настоящее время созданы препараты, имеющие минимум побочных эффектов и хорошо переносятся при долговременной терапии. Существуют разные мнения по поводу причины депрессии при РС. Возможно, она является объяснимой психологической реакцией на диагноз непредсказуемого заболевания; или это связано с обидами и огорчениями; или с патологией нервной системы при РС. Предполагают, что все эти причины, поодиночке или в комбинации, имеют место. Известно, что больные РС испытывают депрессию по различным причинам. В большинстве случаев помогают психотерапия и медикаментозное лечение, время тоже играет большую роль. Когда депрессия не поддается лечению, то следует считать, что она связана непосредственно с болезненными процессами в организме.

Реабилитационные мероприятия необходимо начинать сразу после возникновения острых проявлений болезни, и они должны быть предназначены для того, чтобы дополнить медикаментозное лечение, стимулировать естественные восстановительные процессы и максимально способствовать предотвращению стойких расстройств. Последующая ежедневная и непрерывающаяся реабилитация направлена на улучшение состояния больного и, в первую очередь, на сохранение функций после расстройств неврологического характера, а также на уменьшение частоты возникновения нарушений и интенсивности их проявления.

Существует активная реабилитация, в ходе которой больной самостоятельно осуществляет действия по восстановлению утраченных функций, и пассивная реабилитация, которая включает в себя особые формы лечения, осуществляемые в отношении больного силами специалистов или при помощи специального медицинского оборудования, либо с помощью родственника, которые сам больной провести не в состоянии. Следует иметь в виду, что при лечении РС реабилитационные мероприятия имеют чрезвычайно важное значение. Только медикаментозного лечения недостаточно. Если постоянно не прилагать усилия по восстановлению нарушенных функций или, по крайней мере, по сохранению имеющихся, используя все возможности восстановительного лечения в рамках нейрореабилитации, то поврежденная нервная система постепенно может утрачивать свои способности, даже если у больного не возникает обострение болезни. Для комплексной реабилитации больных используются физическая терапия (лечебная физкультура) с использованием индивидуального подхода, адаптация к неврологическому дефициту в повседневной и профессиональной деятельности (трудотерапия), психологическая и социальная адаптация, решение вопросов, связанных с нарушениями речи, глотания, функций кишечника и т.д.

Для сохранения роли больного в обществе, семье, на работе необходимо убедить пациента и его семью на привлечение пациента к домашним делам, максимально возможное самообслуживание. Работа на дому может также являться во многих случаях эффективным методом стабилизации течения заболевания. Восстановление нарушенных когнитивных функций (понимание и запоминание новой информации и пр.) проводится специалистами в сфере психологии и высшей нервной деятельности. Помимо этого психологическая и психотерапевтическая помощь может быть направлена и на решения частых психологических проблем, таких как:

- преодоление страха потерять близкого человека (не терзаться потерей привлекательности, возможности выполнения ряда обязанностей и привычной роли в обществе);
- преодоление потребности в повышенном внимании и заботе со стороны окружающих;
- преодоление чувства обособленности от реального мира, окружающих родных и близких лиц;
- сохранение хороших отношений в семье и преодоление внутрисемейных проблем, возникших в результате болезни;
- преодоление чувства вины перед детьми за невозможность их полноценного воспитания и возложения на них большей ответственности и обязанностей;
- преодоление чувства вины в отношении домашних и хозяйственных обязанностей;
- преодоление жалости к себе.

Вывод

Реабилитационные мероприятия при рассеянном склерозе направлены на функциональную независимость пациента, минимизацию его нетрудоспособности и создание благоприятного психологического статуса.

Список литературы

1. Рассеянный склероз / под редакцией И.Д. Столярова, А.Н. Бойко. – 2008. – С. 64-72.
2. Майда Е. Справочник по рассеянному склерозу для больных и их близких / пер. с немецкого. – 1999. – С. 50-53, 128-134.
3. Рассеянный склероз и другие демиелинизирующие заболевания / под ред. Е.И. Гусева, И.А. Завалишина. – 2004. – С. 345-348, 372-379.
4. Попеня И.С. Депрессия при рассеянном склерозе // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. Гродненский государственный медицинский университет. – 2011. – С. 96-102.
5. Шевченко П.П., Карпов С.М., Рзаева О.А., Янушкевич В.Е., Конева А.В. Рассеянный склероз: этиопатогенез с позиции современной науки // Успехи современного естествознания. – 2014. – №6. – С. 124-125.
6. Шевченко П.П. Клинико-эпидемиологическая характеристика распространенности рассеянного склероза в Ставропольском крае: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ставрополь, 1992.
7. Карпов С.М., Пажигова З.Б., Карпова Е.Н. Вызванные зрительные потенциалы в исследовании зрительного анализатора у больных с рассеянным склерозом // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2014. – №3. – С. 27-31.

ФИЗИОПРОЦЕДУРЫ У БОЛЬНЫХ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Попадопуло А.Д., Шевченко П.П., Карпов С.М.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия,
e-mail: hellinas@mail.ru

Актуальность

Рассеянный склероз – хроническое аутоиммунное заболевание, избирательно поражающее белое вещество спинного мозга [1].

Так как этиология и механизмы в развитии на сегодня до конца не изучены, следовательно, четкой патогенетической терапии нет. В связи с чем, больным рекомендуется вместе с современными иммуномодуляторами и другими общепринятыми метода-

ми лечения, проводить реабилитационный курс лечения [2].

Цель: проанализировать целесообразность назначения физиопроцедур больным, страдающим рассеянным склерозом.

Результат исследования

Физиотерапевтические процедуры, широко используемые в реабилитационном процессе при различных заболеваниях, имеют свои особенности в лечении РС. Несмотря на некоторые ограничения, при РС эффективно используется ряд физиотерапевтических методов [3].

Для уменьшения спастики в нижних конечностях, тазовых расстройств и снижения сенсорных нарушений рекомендуется применение магнитнолазерного облучения (лазерным излучением инфракрасного диапазона) лимфодренажных путей на область бедренно-паховых лимфоузлов в дозе до 50 мег с частотой 50 гц., длительностью до 30 мин, общим курсом до 15 процедур.

С целью увеличения двигательной активности и снижения синдрома хронической усталости проводится дециметровое волновое облучение на область печени мощностью до 20 мвт., по 10 мин., ежедневно в течение 10-12 дней непрерывно [5].

Получены обнадеживающие результаты лечения нарушений двигательных функций при использовании импульсных токов паравертебрально на три зоны – нижнеступную, среднегрудную, нижнегрудную и нижнюю часть живота [4]. В результате применения курса лечения улучшалась двигательная функция, регрессировали чувствительные нарушения, нормализовывалась функция мочевого пузыря и прямой кишки.

Имеются сведения об уменьшении спастического состояния мышц при приеме прохладных хвойных, пресных, хлоридных, сульфидных ванн [7]. Независимо от стадии заболевания, выраженности болевого или спастического синдрома, при РС противопоказаны: применение грязевых и сероводородных ванн.

При неврозоподобном синдроме положительное влияние оказывает электросон, при этом используются токи низкой частоты.

Бальнеотерапия крепкими сульфидными и высококарбонатными ваннами, по мнению российских и зарубежных ученых, не показана больным рассеянным склерозом [6].

Вывод

Таким образом, применение физиопроцедур при РС в комплексе с курортными факторами и благоприятным климатом, представляется весьма перспективным направлением и требует дальнейшего изучения и совершенствования в комплексном лечении больных, страдающих рассеянным склерозом.

Список литературы

1. Гусев Е.И., Демина Т.Л. Рассеянный склероз // Consilium Medicum. – 2000. – Т. 2. – №2.
2. Столяров И.Д., Осетров Б.А. Рассеянный склероз: практическое руководство. – СПб.: Изд-во «ЭЛБИ-СПБ», 2002. – 175 с.
3. Карпов С.М., Пажигова З.Б., Карпова Е.Н. Вызванные зрительные потенциалы в исследовании зрительного анализатора у больных с рассеянным склерозом // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2014. – №3. – С. 27-31.
4. Шевченко П.П., Карпов С.М., Рзаева О.А., Янушкевич В.Е., Конева А.В. Рассеянный склероз: этиопатогенез с позиции современной науки // Успехи современного естествознания. – 2014. – № 6. – С. 123-124.
5. Шевченко П.П. Клинико-эпидемиологическая характеристика распространенности рассеянного склероза в Ставропольском крае: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ставрополь, 1992.
6. Методы санаторно-курортного лечения. – URL: http://www.sankurmed.ru/method_recom_neurology
7. Попова Н.Ф., Шагаев А.С. Немедикаментозные методы лечения больных рассеянным склерозом. – URL: <http://www.ormed.ru/nemedikamentoznye-metody-lecheniya-rasseyannogo-skleroza>

НЕОТЛОЖНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ, РАЗВИВШЕМСЯ У БЕРЕМЕННЫХ, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Селезнева М.А., Ященко И.А., Шевченко П.П.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия,
e-mail: anna303303@list.ru

Актуальность

Эпилепсия – это хроническое неврологическое заболевание, которое характеризуется возникновением локальных (парциальных) и генерализованных судорожных приступов. Распространенность эпилепсии среди населения в целом составляет 1%, среди беременных – 0,3-0,6%. т.е. она встречается примерно у одной из 200 беременных женщин. Более 90% детей от матерей, больных эпилепсией, рождаются здоровыми [1,2]. Риск пороков развития у плода составляет 2-3%, что примерно в 2 раза выше среднего [1]. При эпилепсии высока вероятность развития эпилептического статуса, который возникает как при поражениях и заболеваниях головного мозга, так и при разных формах эпилепсии. Опасность эпилептического статуса: 1) при судорожных формах – катастрофически быстро нарастает тяжесть состояния больных в виде полисистемного расстройства и жизнеобеспечения организма, высокая летальность; 2) при бессудорожных формах – трудность диагностики и связанное с этим частое не совсем четкое лечение с ухудшением состояния больных.

Цель исследования: проанализировать опасность, которую представляет развитие эпилептического статуса у беременных страдающих эпилепсией, коррекция неотложной терапии.

Результаты исследования

Эпилептический статус – длительный (более 30 минут) эпилептический приступ или серия приступов без полного восстановления сознания. Стадии эпилептического статуса: 1) предстатус (до 9 минут), 2) начальный эпилептический статус (10-30 мин), 3) развернутый статус, 4) рефрактерный статус [3]. Опасность для беременности представляет как само заболевание, так и проводимое для его устранения лечение. Во время генерализованных приступов наблюдаются значительные нарушения циркуляции крови в области плаценты, в связи с чем, у женщин страдающих частыми генерализованными приступами во время беременности значительно повышается риск рождения ребенка с различными пороками развития [2]. Лечение, предпринимаемое для остановки и предотвращения новых эпилептических приступов, также может оказать вредное влияние на развитие ребенка [1]. Особенно опасны для плода высокие дозы противоэпилептических препаратов и комбинации нескольких лекарств. Осложнения при эпилепсии у беременных со стороны плода проявляется в виде: врожденных пороков развития – 2,4%; гипоксии – 10,4%; асфиксии в родах – 23,2%; массы новорожденных менее 2500 г – 7-10%. Со стороны матери: спонтанные аборт; отслойка плаценты; преждевременные роды (4-11%); поздние гестозы (28,8%); ускорение родового акта; кровотечения в раннем (16,9%) и позднем (28,4%) периодах [1,2].

Современные принципы терапии, купирующие эпилептический статус:

- 1) Вводят тиамин, 100 мг в/в струйно. Затем вводят глюкозу, 50 г в/в струйно.
- 2) Устанавливают венозный катетер.
- 3) Вводят фенитоин, 20 мг/кг в/в, что составляет примерно 1000-1500 мг. Скорость введения не должна превышать 50 мг/мин. Во время инфузии следят за величиной артериального давления и частотой дыха-

ния, особенно если до этого вводили бензодиазепины. При тяжелых аритмиях в анамнезе вместо фенитоина вводят фенбарбитал.

4) Если после введения фенитоина в дозе 20 мг/кг в/в приступы продолжают, дополнительно вводят еще 10 мг/кг. При сохранении эпилептического статуса показана интубация трахеи и общая анестезия, поскольку, если он продолжается более 1 ч, значительно повышается риск осложнений и летального исхода. Более эффективно в/в введение препаратов из группы бензодиазепинов, например диазепам или лоразепам, однако при этом высок риск артериальной гипотонии и угнетения дыхания.

5) Общая анестезия или барбитуратная кома – последние средства лечения судорожного эпилептического статуса. При этом требуется постоянный контроль ЭЭГ.

6) Во время лечения контролируют концентрацию кальция в сыворотке и кислотно-щелочное равновесие, печат водно-электролитные нарушения.

Заключение

Эпилептические приступы являются фактором риска прерывания беременности. Купирование приступов эпилепсии в период беременности является не менее опасным мероприятием, поскольку при лечении противосудорожными средствами возрастает риск врожденных пороков развития плода. Поэтому женщинам, страдающим эпилепсией, следует объяснять необходимость планирования беременности. В период вынашивания плода беременным проводят монотерапию индивидуально подобранным препаратом, позволяющим эффективно контролировать частоту приступов при его использовании в наименьшей дозе.

Список литературы

1. Беременность и болезни нервной системы [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.medicum.nnov.ru/doctor/library/obstetrics/Nisvander/11.php>
2. Эпилепсия во время беременности и родов [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.polismed.ru/epilepsia-post004.html>
3. Фернадес Р., Самуэльс М. Неврология. – М.: МЕДпресс-информ, 2008.
4. Браславец А.Ю. Неотложная неврология. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.
5. Соколова И.В., Карпов С.М. Симптоматическая эпилепсия в детском и подростковом возрасте // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2012. – №1. – С. 45-46.
6. Карпов С.М., Шевченко П.П., Усачева М.Н., Цыганова В.Г. Современные представления об эпилепсии в период беременности // Успехи современного естествознания. – 2013. – №9. – С. 126-127.

РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Селезнева А.А., Шевченко П.П.

*Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия,
e-mail: anna303303@list.ru*

Актуальность

Рассеянный склероз (РС) – демиелинизирующее заболевание нервной системы. Данная патология чаще всего диагностируется у женщин детородного возраста (между 20-30-ю годами) (4). Но до сих пор вопрос, можно ли беременеть при рассеянном склерозе, остается не решенным.

Цель: проанализировать, возможна ли беременность при рассеянном склерозе и как она влияет на течение данного заболевания.

Результаты исследования

Вплоть до 1970-х годов женщинам с РС настоятельно рекомендовалось избегать беременности. Научные данные последних лет внесли сомнения на этот запрет. Патогенез рассеянного склероза до конца не известен, но исследования в области молекулярной биологии, иммунологии и генетики позволили под-

твердить значительную роль иммунной аутоагрессии в таком патологическом процессе, как повреждение миелина (2). Следовательно, при лечении рассеянного склероза используется иммуномодулирующая и гормональная терапия. А так как во время беременности меняется иммунологический и гормональный фон, клиническая активность рассеянного склероза во время гестации не изменяется или незначительно снижается.

Предполагается существование различных физиологических механизмов иммуносупрессии при беременности, которые и ответственны за подавление иммуноопосредованных патологических реакций при РС. Так, повышенная экспрессия молекул HLA 2 класса и противовоспалительных цитокинов ИФН-т фетоплацентарного комплекса вызывает торможение активации Т-хелперов, уменьшение продукции провоспалительных цитокинов, повышение секреции защитных цитокинов. Происходит также активация Т-супрессоров, торможение миграции иммунокомпетентных клеток в центральную нервную систему, снижение экспрессии молекул HLA и адгезии, уменьшение образования аутоантител (1).

Но следует отметить, что риск развития рецидива заболевания резко возрастает в послеродовом периоде. У родильницы поражаются пирамидные и мозжечковые структуры, что проявляется тетрапарезом, параличом или гемиплегией различной степени выраженности, интенциональным тремором, значительными дискоординаторными нарушениями. У больных также нарушаются все виды чувствительности, психика, функция тазовых органов (4). Все эти изменения приводят к значительному уменьшению качества жизни и в конечном итоге к инвалидизации.

Имуномодулирующая и иммуносупрессивная терапия цитостатиками и интерферонами, а также препараты баклофен, сирдалуд и финлепсин абсолютно противопоказаны во время беременности в связи с их тератогенным действием. Единственным иммуномодулятором, применение которого во время беременности обсуждается в настоящее время, является Копаксон. После родов в случае развития обострения рекомендуется немедленное назначение кортикостероидов, курс терапии солумедролом, при обязательном подавлении лактации. Даже при отсутствии обострения в послеродовом периоде рекомендуется обязательное проведение иммуномодулирующей терапии интерферонами, Копаксоном или иммуноглобулином G (5).

Выводы

Клиника рассеянного склероза существенно не меняется во время беременности, но значительно ухудшается в раннем послеродовом периоде и связывают это с гормональной и иммунной перестройкой организма. Решение о возможности беременности при рассеянном склерозе остается за женщиной, страдающей от данной патологии. Но предупредить о возможных последствиях – прямая обязанность каждого невролога.

Список литературы

1. Завалишин И.А., Захарова М.Н., Переседова А.В., Аскарлова Л.Ш., Бирюкова О.Э. Рассеянный склероз и беременность. НИИ неврологии РАМН. – Москва.
2. Бурнусус Н.И., Карпов С.М., Шевченко П.П. Нейротрансмиттеры в патогенезе рассеянного склероза.
3. Пажигова З.Б., Карпов С.М., Шевченко П.П. Клинико-морфологическая характеристика больных с рассеянным склерозом с учетом тяжести состояния.
4. Карпов С.М., Батурич В.А., Тельбух В.П., Францева А.П., Белякова Н.А., Чичановская Л.В. Аутоантитела к основному белку миелина и их роль при демиелинизирующих процессах // Клиническая неврология. – 2013. – № 3.
5. Шмидт Т.Е., Яхно Н.Н. Рассеянный склероз: руководство для врачей. 3-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2012.
6. Шевченко П.П. Распространенность и клиническая характеристика рассеянного склероза в Ставропольском крае: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 1992.

**ОСОБЕННОСТИ ДЕБЮТА
РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА У ДЕТЕЙ**

Тамбиева Ф.И., Шевченко П.П., Карпов С.М.

*Ставропольский государственный медицинский
университет, Ставрополь, Россия,
e-mail: potoshka282@gmail.com*

Актуальность

До недавнего времени рассеянный склероз считался заболеванием взрослых. Установлено, что за последние десятилетия все чаще фиксируются случаи РС у детей; более того, за последние годы заболеваемость данной патологией значительно выросла во всем мире и, в частности, в нашей стране.

Цель: проанализировать особенности дебюта рассеянного склероза у детей.

Результаты исследования

В связи с тем, что в детском возрасте РС обычно начинается моносимптомно, диагностика значительно затруднена. После длительной атаки наступает длительная ремиссия, поэтому диагноз ставится, в большинстве случаев, ретроспективно, когда возникает обострение многоочагового поражения нервной системы. Среди факторов риска РС у детей особое внимание уделяется структурным изменениям в белом веществе головного мозга, которые обнаруживаются у новорожденных с гипоксической энцефалопатией [6]. К шести-месячному возрасту титры антител приближаются у большинства здоровых детей к границе нормы взрослых, в то же время, у 12% детей к 2-3 годам выявляются титры антител к галактоцереброзидам, в 2 раза превышающие нормальные показатели взрослых [7]. Показано, что уровень выработки антител к глутаматным рецепторам так же является возрастозависимым. У части детей длительно сохраняются высокие титры данных антител. Необходимо подчеркнуть, что повышенные титры антител к галактоцереброзидам, содержащимся в миелиновых мембранах и миелинпродуцирующих клетках, и к глутаматным рецепторам, активирующим выработку нейротрансмиттера окиси азота, обладающей прямым токсическим действием на олигодендроциты, создают предпосылки для развития демиелинизирующего процесса в ЦНС. Дебют РС в возрасте до 10 лет в дальнейшем предполагает более благоприятное течение заболевания, тогда как начало проявления в 12-14 лет характеризуется тяжелым течением с частыми обострениями [8].

Вывод

Вопрос о прогнозе РС, который дебютирует в детском возрасте, до настоящего времени остается нерешенным. В литературе имеются данные, как о доброкачественном, так и о злокачественном течении РС у детей. Учитывая сложность клинической диагностики РС в детском возрасте, только комплексный подход с использованием современных методов обследования позволяет проводить раннюю диагностику, адекватное лечение, обеспечить соблюдение режима, необходимого для пациента с данным заболеванием, чтобы предупредить прогрессирование процесса и ухудшение состояния больных.

Список литературы

1. Шевченко П.П. Распространенность и клиническая характеристика рассеянного склероза в Ставропольском крае: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 1992.
2. Шевченко П.П., Карпов С.М., Рзаева О.А., Янушкевич В.Е., Конева А.В. Рассеянный склероз: этиопатогенез с позиции современной науки // Успехи современного естествознания. – 2014. – С. 123-124.
3. Karpov S.M., Pashigova Z.B., Karpova E.N. Visual evoked potentials in examining the visual analyzer in patients with multiple sclerosis // Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics. – 2014. – № 3. – С. 27-31.
4. Пажигова З.Б., Карпов С.М., Шевченко П.П., Бурнус Н.И. Распространенность рассеянного склероза в мире (обзорная статья) // Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – С. 78-82.

5. Бурнус Н.И., Карпов С.М., Шевченко П.П. Нейротрансмиттеры в патогенезе рассеянного склероза // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2012. – С. 20-21.

6. Евтушенко С.К. и соавт. 1998; Ruggieri et al., 1999. – URL: <http://med-books.info>

7. Кузенкова Л.М. Рассеянный склероз у детей и подростков: материалы XII конгресса педиатров России. – URL: <http://health-ua.com>

8. Бембева Р.Ц., Пилюя С.В., Волкова Э.Ю., Нанкина И. Рассеянный склероз у детей. – URL: <http://www.lvgtach.ru>

**СИРИНГОМИЕЛИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ**

Тамбиева М.А., Шевченко П.П.

*Ставропольский государственный медицинский
университет, Ставрополь, Россия,
e-mail: missprincess09@mail.ru*

Актуальность

Сирингомиелия – хроническое заболевание нервной системы, характеризующееся образованием полостей в спинном мозге, выполненных серозной жидкостью, в некоторых случаях переходящее на продолговатый мозг. В России Заболевание редкое, и встречается у 10 человек на 100 тыс. населения. Замечено, что чаще болеют мужчины после 30-35 лет. Несмотря на длительный период изучения сирингомиелии этиопатогенез до конца не изучен. Установлено, что патология чаще всего встречается в средней полосе России, где миграция населения резко снижена. В Ставропольском крае данная патология встречается редко (2-3 случая за год).

Цель: рассмотреть современные методы диагностики и лечения сирингомиелии.

Результаты исследования

1. Диагностика проводится на основании:
 - Анализа жалоб и анамнеза заболевания;
 - Неврологического осмотра:
 - а) оценка чувствительности (наличие зон отсутствия или снижения чувствительности, болей);
 - б) оценка мышечного тонуса;
 - инструментальных методов исследования:
 - а) ЭНМГ (электронейромиография): с помощью этого метода выявляются признаки поражения спинного мозга, нарушение проведения нервных импульсов;
 - б) МРТ спинного мозга с сосудистой программой: позволяет послойно изучить строение спинного мозга, определить наличие расширения центрального канала спинного мозга, наличие вокруг него полостей.
2. Терапия на сегодняшний день носит симптоматический характер.

Медикаментозная терапия: витаминотерапия (группа В, А, D, Е, К); препараты, улучшающие питание нервной ткани (ноотропы); дегидратирующие средства (диакарб, фуросемид), нейропротекторов (глутаминовая кислота, актовегин, пирроцетам), для купирования болевого синдрома анальгетики (анальгин, пирамидон) и ганглиоблокаторы (пахикарпин), иглорефлексотерапия: улучшение восстановления тканей человека путем рефлекторного раздражения специальных точек на коже тоненькими иглами по специальной схеме; массаж; лечебная физкультура; необходимость беречь кожу от ожогов и обморожений, а также травм.

Рентгенотерапия: применяется в качестве патогенетической терапии, которая уменьшает или снимает боли и парестезии (чувство ползания мурашек), сужает границы расстройства чувствительности, благотворно влияет на проводниковые чувствительные нарушения и вегетативные расстройства. Рентгенотерапия основана на том, что рентгеновские лучи задерживают разрастание глиальных элементов и тем самым прогрессируют процесс. Однако не все случаи сирингомиелии подлежат такому лечению. Благоприят-

ный эффект рентгенотерапия дает лишь в начальных стадиях заболевания. В далеко зашедших стадиях заболевания, приведшего к глубоким и необратимым структурным изменениям тканей, рентгенотерапия мало эффективна. В последние годы для лечения сирингомиелии применяют радиоактивный фосфор Рз2, обладающий бета-излучением, и радиоактивный йод I131, который обладает бета- и гамма-излучением. Терапевтическое действие радиоактивного фосфора и радиоактивного йода основано на повышенной чувствительности к излучению быстро растущих глиальных элементов. Поэтому, накапливаясь в последних, радиоактивный фосфор и радиоактивный йод своим излучением вызывают задержку их роста или разрушение.

Наиболее эффективным в плане лечения данной патологии является **Хирургическое лечение**, которое обсуждается при выраженном нарастающем неврологическом дефиците, в виде центрального пареза ног и периферического пареза рук. Осуществляется рассечение центрального канала спинного мозга и проводится дренирование, при этом цереброспинальная жидкость, обеспечивает питание и обмен веществ в головном мозге. Эффективность операций высока: в большинстве случаев прогрессирование заболевания прекращается, а в некоторых случаях неврологические нарушения уменьшаются. При посттравматической или постинфекционной сирингомиелии устанавливают шунт между полостью и субарахноидальным пространством. При сирингомиелии, обусловленной интрамедуллярной опухолью, показано удаление опухоли: декомпрессия полости вызывает лишь временное улучшение. При мозжечковом вклинении показано декомпрессия задней черепной ямки.

Вывод

Следует отметить, что в развитии современных методов лечения и диагностики сирингомиелии большое значение придается хирургическому лечению и медикаментозной терапии. Оба метода приемлемы в лечении сирингомиелии.

Список литературы

1. Аникандров А.Б. Динамика неврологических симптомов и вопросы ранней диагностики сирингомиелии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Казань: Магариф, 1999. – 108 с.
2. Ахадов Т.А., Белов С.А., Кравцов А.К., Панов В.О. МР-томография в диагностике сирингомиелии // II Междунар. конгресс вертеброневрологов: сборник научных статей. – Казань, 1992. – С. 14.
3. Борисова Н.А. Клиника и патогенез сирингомиелии // Сирингомиелия. – Уфа, 1978. – С. 10-30.
4. Ворсан Б.И. Клинико-морфологические соотношения при сирингомиелии: магнитно-резонансно-томографическое исследование: дис. ... канд. мед. наук. – М., 1993. – 230 с.
5. Менделевич Е.Г., Богданов Э.И. Современные представления о патогенезе сирингомиелии // Неврологический вестник. – 2000. – №1-2. – С. 76-79.
6. Яхно Н.Н., Вавилов С.Б., Ворсан Б.И. Клинико-МРТ исследование при сирингомиелии // Pan European Society of Neurology. Hofburg. – Viena, 1991. – P. 72.
7. Ball M., Peiris A. Chiari (type 1) malformation and syringomyelia in a patient with Noonan's syndrome // J Neurol Neurosurg Psychiatry. – 1982. – V. 45. – P. 753-754.
8. Barnett H., Foster F., Hudson D. Syringomyelia. – London: W. Saunders Co., 1973. – Ed. 4. – P. 73-84.
9. Heiss J.D., Patronas N., Devroom H. et al. Elucidating the pathophysiology of syringomyelia // J Neurosurg. – 1999. – V. 91. – P. 553-562.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНОГО С ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ЭПЕНДИМОЙ КОНСКОГО ХВОСТА В ТЕЧЕНИЕ ПЯТНАДЦАТИ ЛЕТ

Чаблина Е.И.

Ставропольский государственный медицинский
университет, Ставрополь, Россия,
e-mail: ekaterinach2010@yandex.ru

Опухолевый процесс обнаруживается во всех возрастных группах населения как у мужчин, так и у

женщин; он регистрируется практически во всех тканях и органах, хотя локализация опухолей в разных странах мира неодинакова. В США наиболее часто встречается рак легкого, в Японии – рак желудка, а в Египте – мочевого пузыря, во Вьетнаме – слизистой оболочки полости рта и носоглотки, в России – рак легкого и молочной железы.

Эпендимома – опухоль центральной нервной системы, которая развивается из клеток эпендимы желудочков мозга и центрального канала спинного мозга. Встречается как у детей (ежегодно выявляют 2,2 новых случая на 1 миллион населения), так и у взрослых (1,5–1,6 новых случаев).

70% эпендимом у детей развивается в IV желудочке, 20% – в боковых желудочках и 10% – в области конского хвоста. Средний возраст возникновения опухоли в указанных областях составляет соответственно 2-13 лет. Эпендимома конского хвоста очень редко встречающееся у взрослых заболевание. У взрослых чаще располагаются в спинном мозге и боковых желудочках, нарушая циркуляцию ликвора.

В пример, пациент К., 41 год, считает себя больным с 1997 г., когда появилась боль в пояснице с иррадиацией в обе ноги. В течение 1,5 лет находился на лечении у невролога по месту жительства. В 1998 г. самообращение к нейрохирургам ККБ г. Ставрополя. Был госпитализирован на обследование в нейрохирургическое отделение, после чего в ноябре был оперирован по поводу опухоли конского хвоста. С декабря 1998 г. по февраль 1999 г. проведен послеоперационный курс лучевой терапии, подведена доза 60 гр. В 2001 г. был госпитализирован в неврологическое отделение по месту жительства с жалобами на практически постоянную боль в проекции тазобедренных суставов, сильнее слева; на онемение в промежности, на затрудненное мочеиспускание, хронические запоры. КТ показало, что продолжения роста опухоли не выявлено. Проведен курс консервативной терапии – нитроколин, анальгетики, антиоксиданты, антигипоксанты; и физиолечения – электростимуляция мочевого пузыря, массаж нижних конечностей, ЛФК. В течении трех лет наблюдался у невролога по месту жительства. Отмечает ухудшение в 2004г. в связи с чем госпитализирован в неврологическое отделение ЦРБ. При поступлении жаловался на слабость в конечностях, боль в поясничной области, нарушение функций тазовых органов, задержка мочеиспускания, запоры. КТ показало, что продолжения роста опухоли не выявлено. Было проведено лечение в объеме сосудистой терапии, витаминотерапии, ЛФК, физиолечение, массаж конечностей. В течение шести лет роста опухоли не выявлено, наблюдался у невролога по месту жительства. Прогрессирование отмечается в 2010г., когда в апреле появилась слабость в левой ноге, постепенно нарастала, спотыкался, неустойчивость при ходьбе онемение, которые постепенно усиливались. Спустя два месяца обратился к нейрохирургам ККБ г. Ставрополя. МРТ исследование показало рост эпендимомы, рекомендация на оперативное лечение. Спустя четыре месяца был госпитализирован (в ряде семейных обстоятельств), где были выявлены множественные метастазы спинного мозга на уровне Th2-4, Th7-9, Th12-L2, в начале была выполнена шейная ламэктомия, удаление опухоли Th2-4, через 10 дней удаление опухоли Th7-9 – ламэктомия. Послеоперационный период протекал без особенностей. Проведен послеоперационный курс лучевой терапии на аппарате «ЛУЭ 6 МЭВ» в апреле – мае 2011года. Облучению были подвергнуты участки опухоли на участках Th3-5 и Th7-9 грудного отдела спинного мозга, подведена доза 60 Гр. На контроль-

ном МРТ – исследовании в 2011г. роста опухоли и появление метастазов не выявлено. Проведено 9 курсов химиотерапии препаратами: ломустин, винкристин, карбоплатин, этопозид, цисплатин. С 2012г. больной находится под наблюдением невролога по месту жительства. При контрольных МРТ – исследованиях отрицательной динамики процесса не выявлено, отмечается стабилизация. У пациента сохраняются жалобы на слабость в ногах, неустойчивость при ходьбе, запоры. Ежегодно больному проводится консервативное лечение в объеме сосудистой терапии, витаминотерапии, ЛФК, физиолечение, массаж конечностей.

Список литературы

1. Бродский Ю.С. Клиника и хирургия первичных опухолей области конского хвоста: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.28. Институт нейрохирургии. – К., 1955. – 28 с.
2. Машко Д.Е., Коршунов А.Г. Атлас опухолей центральной нервной системы (гистологическое строение). – СПб: Изд. РНХИ им. проф. А.Л. Поленова, 1998. – 200 с.
3. Bavbek M., Altinors M.N., Caner H.H. Lumbar myxopapillary ependymoma mimicking neurofibroma // Spin. Cord. – 2001. – V. 39. – P. 449-452.
4. Burtscher J., Felber S., Twerdy K. Endoscope-assisted inter-laminar removal of an ependymoma of the cauda equina // Minim. Invas. Neurosurg. – 2002. – V. 45. – P. 41-44.
5. Celli P., Cervoni L., Cantore G. Ependymoma of the filum terminale: treatment and prognostic factors in a series of 28 cases // Acta Neurochir. – 1993. – V. 124. – P. 99-103.
6. Chamberlain M.C. Salvage chemotherapy for recurrent spinal cord ependymoma // Cancer. – 2002. – V. 95. – P. 997-1002.
7. Chinn D.M., Donaldson S.S., Dahl G.V. Management of children with metastatic spinal myxopapillary ependymoma using craniospinal irradiation // Med. Pediatr. Oncol. – 2000. – V. 35. – P. 443-445.
8. Davis C., Barnard R.O. Malignant behavior of myxopapillary ependymoma. Report of three cases // J. Neurosurg. – 1985. – V. 62. – P. 925-929.
9. Fassett D.R., Schmidt M.H. Lumbosacral ependymomas: a review of the management of intradural and extradural tumors // Neurosurg. Focus. – 2003. – V. 15, № 5. – Art. 13.
10. Groves M.D., Yung W.K.A. Systemic and intrathecal chemotherapy for tumors of the spine, spinal cord, and peripheral nerves // Spinal cord and spinal column tumors: principles and practice / Ed. C.A. Dickman, M.G. Fehlings, Z.I. Gokaslan. – N.Y.: Thime Med. Publ., 2006. – P. 171-186.
11. Karpov S.M., Senyugina Ju.A., Mozheiko R.A. Timing of diagnosis of central nervous system neoplasms in Stavropol krai based on Stavropol krai clinical hospital database // European science review. – 2014. – № 11-12. – С. 26-28.

НАСЛЕДСТВЕННАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К РАССЕЯННОМУ СКЛЕРОЗУ

Чотчаева А.А., Шевченко П.П., Карпов С.М.

*Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия,
e-mail: Ami009rus@mail.ru*

Актуальность

Рассеянный склероз – это хроническое демиелинизирующее заболевание центральной нервной системы с преимущественно аутоиммунным механизмом. Заболевание в основном возникает в молодом и среднем возрасте (15 – 40 лет). Особенностью болезни является одновременное поражение нескольких различных отделов нервной системы, что приводит к появлению у больных разнообразных неврологических симптомов и в дальнейшем к инвалидизации.

В последние годы наблюдается увеличение числа больных рассеянным склерозом. За счёт истинного роста заболеваемости и повышения качества диагностики.

Распространенность РС в Ставропольском крае составляет 22-25 тыс. на 100 тыс. населения, что является зоной средней степени риска заболевания.

Цель: проанализировать наследственную predisposition к рассеянному склерозу.

Результаты исследования

Генетическая predisposition к рассеянному склерозу, предположительно, связана с сочетанием у данного индивидуума нескольких генов, обуславливающих нарушения, прежде всего в системе иммунорегуляции.

Данные, полученные при анализе различных популяций, свидетельствуют о том, что у больных рассеянным склерозом достоверно повышена частота встречаемости антигенов HLA-A3, HLA-B7, HLA-DR2, HLA-DR3, HLA-DQ6 и некоторых других. При рассеянном склерозе отмечена также ассоциация болезни с определенными гаплотипами HLA, включающими специфические аллельные комбинации локусов главного комплекса гистосовместимости [5]. Анализ ряда других генов-кандидатов, имеющих важное значение в механизмах реализации иммунного ответа, позволил установить существование дополнительных звеньев генетической системы predisposition к рассеянному склерозу. К таким звеньям относятся гены особого семейства провоспалительных цитокинов – факторов некроза опухоли (TNF-а, TNF-(3)), для которых показано преобладание определенных «неблагоприятных» аллелей в группе больных рассеянным склерозом. Поскольку гены фактора некроза опухоли тесно сцеплены с локусом HFA-DR на 6-й хромосоме, указанное специфическое распределение аллелей TNF может быть в какой-то степени обусловлено наличием достоверной ассоциации между аллелями HLA-комплекса и рассеянным склерозом. Однако обнаружение повышенного уровня TNF в демиелинизирующих бляшках и спинномозговой жидкости больных рассеянным склерозом, а также положительный эффект растворимой формы TNF на активность процесса у больных рассеянным склерозом свидетельствует о патогенетической значимости фактора некроза опухоли при данном заболевании. [6] Еще одним геном predisposition к рассеянному склерозу является ген Р-цепи рецептора Т-лимфоцитов: показана ассоциация «неблагоприятных» аллелей данного гена с прогрессивной формой рассеянного склероза и экспериментальным аллергическим энцефаломиелитом, особенно при сочетании наследования с определенными аллелями комплекса HLA.

Вывод

В настоящее время не вызывает сомнений существование наследственной predisposition к рассеянному склерозу. Она определяется суммарным действием ряда взаимосвязанных генов иммунного ответа, ведущими из которых являются гены главного комплекса гистосовместимости. Предполагается, что наследование специфических аллелей указанных генов во взаимодействии с рядом природно-средовых факторов может формировать повышенную либо пониженную восприимчивость иммунной системы к воздействию определенного этиологического фактора, «запускающего» патогенетический каскад при рассеянном склерозе, например – гипотетического вирусного агента.

Список литературы

1. Шевченко П.П. Распространенность и клиническая характеристика рассеянного склероза в Ставропольском крае: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 1992.
2. Пажигова З.Б., Карпов С.М., Шевченко П.П., Каширин А.И. Клинико-неврологическая характеристика больных с рассеянным склерозом с учетом тяжести состояния // Фундаментальные исследования. – 2014. – С. 771-775.
3. Пажигова З.Б., Карпов С.М., Шевченко П.П., Бурнусус Н.И. Распространенность рассеянного склероза в мире: обзорная статья // Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – С. 78-82.
4. Шевченко П.П., Карпов С.М., Рзаева О.А., Янушкевич В.Е., Колева А.В. Рассеянный склероз: этиопатогенез с позиции современной науки // Успехи современного естествознания. – 2014. – С. 123-124.
5. Карнаух В.Н., Барабаш И.А. Семейный рассеянный склероз. – URL: <http://www.fesmu.ru>
6. Киселева Ж. Рассеянный склероз. – URL: <http://www.med74.ru>
7. Karpov S.M., Pazhigova Z.B., Karpova E.N. Visual evoked potentials in examining the visual analyzer in patients with multiple sclerosis // Neurology. Neuropsychiatry. Psychosomatics. – 2014. – № 3. – С. 27-31.

**Секция «Процессы адаптации и дезадаптации в биологии и медицине»
научный руководитель – Макеева Анна Витальевна, канд. биол. наук, доцент**

**СОЗДАНИЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ МОДЕЛЕЙ
ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ**

Антофеева А.А., Лущик М.В.

*Воронежская государственная медицинская академия
им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия,
e-mail: alena-antufeeva@mail.ru*

Одним из методов познания сложных механизмов развития патологических процессов в организме является биологическое моделирование. Для создания моделей, которые могли бы быть максимально полезными, необходимо выбрать один или два существенных признака, общих для оригинала и модели. Организм человека подвергается действию физических, химических, биологических, социальных факторов, что приводит в ряде случаев к развитию патологического процесса или болезни. Исследования, проводимые на животных, позволяют ответить на ряд вопросов, касающихся пусковых механизмов, общих звеньев патогенеза, и принципов терапии и профилактики ряда болезней. В настоящее время возможно воспроизвести в экспериментальных условиях практически любую модель патологии. Приведем несколько примеров видов моделирования патологических процессов на животных.

Создание модели экспериментального токсического гепатита. Для создания модели экспериментального токсического гепатита часто используется CCl_4 , который является органоспецифическим токсином, обладающим гепатотропным эффектом. После суточной пищевой депривации крысам с помощью специального зонда в пищевод вводят CCl_4 в вазелиновом масле (доза – 0,064 мл на 100 г веса животного). Максимальный цитолиз гепатоцитов наблюдается на 3-4 сутки после однократного введения CCl_4 /1/. Печень крыс, подвергнутых токсическому гепатиту, используется для дальнейших биохимических, морфологических, гистологических и других исследований. CCl_4 -гепатит характеризуется развитием некроза, белковой и жировой дистрофии гепатоцитов, локализованных преимущественно в центральной зоне печеночной дольки, где максимальна активность зависимых от цитохрома Р-450 монооксигеназ и преобладает продукция повреждающих метаболитов гепатотоксина. Создание моделей патологических состояний на животных также позволяет изучать влияние новых гепатопротекторов на процессы регенерации паренхимы печени.

Создание моделей аутоиммунных заболеваний на примере ревматоидного артрита. Аутоиммунную патологию можно характеризовать как атаку иммунной системы против органов и тканей собственного организма, в результате которой происходят их структурно-функциональные повреждения. Морфологические изменения при аутоиммунных болезнях характеризуются воспалительными и дистрофическими изменениями в поврежденных органах. В клетках паренхимы выявляются зернистая дистрофия и некроз. В кровеносных сосудах отмечается мукоидное и фибриноидное набухание и некроз их стенок, тромбоз, вокруг сосудов формируются лимфоцитарно-макрофагальные и плазмоцитарные инфильтраты. В соединительной ткани стромы органов выявляются дистрофия в форме мукоидного и фибриноидного набухания, некроз и склероз. В селезенке и лимфатических узлах выражена гиперплазия, интенсивная ин-

фильтрация лимфоцитами, макрофагами и плазматическими клетками. **Адьювантный артрит у крыс.** Хроническое иммунное воспаление моделируют у крыс субплантарным введением в правую заднюю лапу 0,1 мл адьюванта Фрейнда. Воспалительная реакция, как правило, оценивается в динамике каждые 2 дня /2/. Могут учитываться также и другие симптомы генерализованной реакции организма на введение адьюванта (отек ушей, хвоста, полиартрит, ухудшение общего состояния, снижение массы тела, гибель). Первичная реакция (отек на правой лапе) оценивается онкометрически на 3-й день после инъекции адьюванта. Вторичная иммунологическая реакция (отек на левой лапе) оценивается на 14-й день после введения адьюванта (при профилактической схеме введения) или на 25-й день (при лечебной схеме введения).

Модели экспериментальной онкологии. Арсенал моделей экспериментальной онкологии включает спонтанные, перевиваемые и индуцированные опухоли животных, культуры опухолей человека и животных, опухоли человека, привитые животным, и молекулярно-генетические модели. Спонтанные опухоли обнаруживаются у животных, не подвергшихся каким-либо воздействиям со стороны экспериментатора. Показано, что у кроликов часто возникает вызываемая ДНК-содержащим вирусом спонтанная папиллома. Она представляет собой доброкачественные бородавчатые разрастания на коже ушей, которые впоследствии превращаются в злокачественную опухоль, метастазирующую в легкие и лимфоузлы. Эта модель с успехом применяется для решения проблем вирусологии и иммунологии опухолей. Из домашних животных в большей степени опухолями поражаются собаки. У них возникают опухоли разных органов, чаще молочных желез. Спонтанные опухоли собак иногда используют на последних предклинических этапах испытания противоопухолевых химических соединений. Опухоли могут быть индуцированы различными видами облучения, химическими канцерогенами, онковирусами. Модели индуцированных вирусами опухолей животных, а также модели злокачественно трансформированных под влиянием вирусов клеток, культивируемых в условиях *in vitro*, позволили не только раскрыть многие тайны вирусного канцерогенеза, но и создать общую концепцию молекулярных механизмов возникновения опухолей. Молекулярно-генетические модели. С развитием молекулярной биологии появилась возможность исследования механизмов злокачественной трансформации на молекулярном уровне. Интересующий экспериментатора ген может быть выделен из генома, клонирован (то есть получено много его копий) и расшифрована его структура. Кроме того, ген может быть перенесен в геном другого животного, которое будет называться трансгенным. Манипулирование с генами позволяет также осуществить выбивание (нокаут) определенного гена /3/.

Моделирование гипертонической болезни. В опытах на животных (собаки, обезьяны) была показана принципиальная возможность моделирования гипертонической болезни путем создания тяжелых невротических расстройств. Использование столкновения наиболее сильных врожденных рефлексов – полового и оборонительного приводило к невротическим состояниям со стойкими соматическими нарушениями в виде стабильного повышения артериаль-

ного давления. В этих и других опытах было установлено, что сердечно-сосудистая патология, гипертоническая болезнь как ее изначальное проявление – наиболее частое соматическое проявление неврозов /4/.

Таким образом, моделирование патологических состояний на животных помогает выявить этиологию, патогенез заболеваний, методы лечения и профилактики. Биологическое моделирование также широко используется на доклинической стадии при исследовании механизмов действия новых лекарственных препаратов.

Список литературы

1. Левенкова М.В. Свойства и регуляция активности глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы в условиях оксидативного стресса в печени крыс при токсическом гепатите: дис. ... канд. биол. наук. – Воронеж, 2006. – 180 с.
2. Крыльский Е.Д. Содержание диеновых конъюгатов в тканях крыс при экспериментальном ревматоидном артрите / Е.Д. Крыльский, Т.Н. Попова, Е.М. Кирилова // Пути и формы совершенствования фармацевтического образования. Создание новых физиологически активных веществ: материалы 5-й международной научно-методической конференции “Фармобразование-2013”. – Воронеж, 2013. – С. 356-359.
3. Попова Н.А. Модели экспериментальной онкологии // Соросовский Образовательный Журнал. – 2000. – Т. 6, № 8. – С. 33-38.
4. StudFiles.ru>preview/1151153/

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У КРЫС В УСЛОВИЯХ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ

Высоцкая Д.В., Крюков В.М.

*Воронежская государственная медицинская академия
им Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия,
e-mail: Ms.Capric@yandex.ru*

Неспособность системы внешнего дыхания обеспечить нормальный газообмен между организмом и внешней средой (недостаточность внешнего дыхания) осложняет целый ряд заболеваний и встречается при нарушении центральной регуляции дыхания, при нарушении механизмов биомеханики дыхания, альвеолярной гиповентиляции, нарушении диффузионной и перфузионной способности легких.

Нередко в клинике дыхательная недостаточность возникает в результате отека легких, как результат острой недостаточности левого желудочка при различных сердечно-сосудистых заболеваниях. В этих условиях, когда переполнение малого круга кровообращения достигает большой величины, происходят глубокие изменения тонуса и проницаемости капилляров, что влечет за собой развитие отека легких. Отек легких может также быть результатом воспаления легких, токсического действия различных веществ (хлористого аммония, четыреххлористого углерода, керосина). Токсические дозы адреналина, двухсторонняя ваготомия также могут приводить к развитию отека легких. Отек легкого резко нарушает оксигенацию крови в малом круге кровообращения и приводит к развитию гипоксии. Одновременно в организме задерживается угольная кислота (развивается гиперкапния). Все это приводит к развитию дыхательной недостаточности. В условиях кислородного голодания нарушается обмен белков, жиров углеводов, что сопровождается накоплением недоокисленных продуктов и дефицитом образования энергии. Особенно опасны эти изменения для центральной нервной системы, где уже через некоторое время после полного прекращения поступления кислорода наблюдается очаги некроза. Острый отек легких нередко приводит к смерти, так как его лечение не всегда бывает успешным.

Одним из способов интенсивной терапии недостаточности внешнего дыхания, вызванного отеком легкого является метод гипербарической оксигенации

(ГБО). В литературе имеются разные данные о роли гипербарической оксигенации в терапии отека легкого. Так А.Д. Юхинец и Н.Г. Триняк наблюдали положительный эффект от ГБО при отеке легких, вызванным токсическими веществами. Благоприятный эффект отмечен при ГБО у больных с кардиогенным отеком легких, отеком мозгового происхождения и отеком легких, возникающим в результате отравления угарным газом. Клиническая важность решения проблемы лечения отека легких, противоречивые литературные данные определили цель наших исследований: изучить влияние гипербарической оксигенации на течение недостаточности внешнего дыхания, вызванного отеком легких у животных.

Опыты проведены на 30 крысах обоего пола. Токсический отек легких вызвали путем внутрибрюшинного введения 6% раствора хлористого аммония из расчета 0,7 мл на 100 г массы животного. О формировании отека легких судили по легочному коэффициенту – отношению веса легкого к весу крысы. В ходе опыта после введения хлористого аммония у подопытных животных регистрировали дыхание на специальном одноканальном электрокардиографе с помощью термодатчика. Опыты проведены в трех сериях опытов (по 10 крыс в каждой серии): I серия – здоровые животные, II серия – животные, которым вводили хлористый аммоний, III серия – животные, которых помещали в барокамеру для лечения кислородом под повышенным давлением (3 ата в течение 60 минут) после введения хлористого аммония. У здоровых животных (крыс) легочный коэффициент составлял величину от 0,006 до 0,009; в то время как при введении хлористого аммония увеличивался примерно в 2 раза и был в пределах 0,01-0,015-0,02, что указывало на задержку жидкости в ткани легкого и свидетельствовало об отеке легких. Подопытные крысы этой серии погибали впервые 40-60 минут после начала опыта. Механизм развития отека легких при действии токсических доз хлористого аммония связан с повышением проницаемости альвеолярно-капиллярной мембраны, являющейся основной гистогематического барьера, в результате чего жидкость из капилляров легочной артерии поступает в альвеолы и приводит к отеку легких. После сеанса гипербарической оксигенации животные, которым предварительно вводили хлористый аммоний в токсических дозах оставались жизнеспособными, однако легочный коэффициент не изменялся и был на уровне животных с токсическим действием хлористого аммония без применения ГБО. В двух случаях из десяти легочный коэффициент был выше и составил 0,025, что, вероятно, указывало на некоторое усиление отека легких в этих условиях. Таким образом, гипербарический кислород в условиях опыта, хотя и сохранял жизнь животным, существенно не влиял на динамику жидкости в альвеолы при токсическом действии хлористого аммония. Возможный механизм действия ГБО на динамику жидкости в альвеолах при отеке легких объясняется тем, что сжатый кислород усиливает активность альфа адренорецепторов сердечно-сосудистой системы и способствует в короткое время повышению периферического артериального давления, и по-видимому, повышению артериального давления в сосудах малого круга кровообращения. Адаптогенное действие ГБО при отеке легких у животных проявлялось увеличением продолжительности жизни оксигенированных животных.

Список литературы

1. Литвицкий П.Ф. Патфизиология: учебник: в 2-х томах. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. –Т. 1. – С. 382-390.
2. Леонов А.Н. Гипероксия: адаптация. Саногенез. – Воронеж, 2006. – Т. 1. – С. 17.

3. Бураковский В.И., Бокерия Л.А. Гипербарическая оксигенация в сердечно-сосудистой хирургии. – М.: Медицина, 1974. – 336 с.
4. Триппи М.А. Патофизиология легких / пер. с англ. – М.: Восточная книжная Компания, 1997. – С. 151-169.
5. Руководство по гипербарической оксигенации / под ред. С. Ефунни. – М.: Медицина, 1969. – 71 с.

**СОЦИОКУЛЬТУРНАЯ АДАПТАЦИЯ
ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ ВГМА
ИМ. Н.Н. БУРДЕНКО КАК ФАКТОР УСПЕШНОГО
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА**

Гриднева Е.А., Шамарин И.А.

*Воронежская государственная медицинская академия им.
Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия,
e-mail: katyushka1321@rambler.ru*

Последнее время политическая ситуация в мировом сообществе претерпела значительные изменения. С одной стороны, необоснованные нападки на Россию и нестабильность в ряде стран разрывают некоторые международные связи. С другой стороны, появляются новые партнеры, готовые сотрудничать в различных экономических и образовательных сферах.

Сложившаяся обстановка требует более внимательного подхода к обучению иностранных граждан. Тем не менее, фундаментальность российского образования делает Россию привлекательной для иностранцев и помогает в развитии международных отношений.

В наши ВУЗы приезжают на обучение студенты из разных стран. Студенты-иностранцы для обучения предпочитают выбрать такой российский город, который имел бы богатый культурно-исторический потенциал; являлся бы типичным русским городом; имел бы хорошие университеты; не был бы значительно удален от столицы России. Всем этим требованиям отвечает город Воронеж

Для ВУЗа одной из ключевых проблем становится адаптация иностранных студентов к новой социокультурной среде, так как от этого процесса зависит успешность их учебной деятельности.

Под Социокультурной адаптацией мы понимаем многоуровневый динамический процесс приспособления человека к условиям жизни, нормам поведения, нормам общения в новой социокультурной среде, в результате которого формируется устойчивая система принципов адекватного поведения.

Адаптация иностранных граждан к новым социокультурным условиям при поступлении в высшее учебное заведение является основополагающим фактором, определяющим в большинстве случаев эффективность образовательного процесса в целом.

Чтобы понять, как проходит адаптация, а также выявить внутренние и внешние факторы, влияющие на специфику и скорость социокультурной адаптации, мы провели опрос иностранных студентов 1 курса ВГМА им. Н.Н. Бурденко. Анализ проводился на качественном уровне, при подсчете использовались процентные показатели.

Нами было опрошено 50 иностранных студентов первого курса (31 юноша и 19 девушек).

Основной причиной приезда в Россию являлось стремление узнать новую страну (49,8%) или желание родителей (36,5%). Некоторые отметили также отсутствие вуза данного профиля и уровня в родной стране.

Как показал опрос, самым главным препятствием на пути освоения российской действительности стал языковой барьер. Более 50% студентов не было подготовлено к учебе в России, т.к. они совсем не знали

русский язык, 23% владели со словарем, и лишь 15% удовлетворительно владели русским языком.

Бытовые условия, в которых живут студенты, также влияют на успех приспособления к новой обстановке. Чем менее они будут отличаться от тех условий, в которых ребята проживали на родине, или отличаться, но в сторону большей благоустроенности, тем безболезненней будет протекать адаптация. Большинство студентов устраивают условия проживания в общежитии, однако почти 20% считают, что условия в общежитии не комфортны.

Проявились различия в ответах на вопрос о том, что понравилось иностранным студентам по приезду в Россию, – в отличие от девушек, юношам 1 курса понравилась академия – 19%, учеба – 14%, русский язык – 13%, девушки – 11%, а также, самостоятельность, независимость, город, его достопримечательности, погода (снег). Девушкам понравилась академия – 20%, учеба – 19%, культура – 11%, другой образ жизни – 9%, наличие здесь землячков, русский язык, русские люди.

По мнению иностранцев, в России сложнее всего студентам проводить свой досуг (46%). На втором месте по сложности – обучение в академии (38,2%). Для некоторых трудности вызывают бытовые проблемы.

Учеба в ВГМА является для них одним из трудных аспектов жизни в России. Трудности наблюдаются на протяжении всего периода обучения. На вопрос «Что бы вы сделали, чтобы иностранным студентам было легче учиться?», среди мужчин получились следующие результаты – «Создал бы условия для учебы в рамках общежития» – 46%; «Купил бы в библиотеку вуза учебники на своем родном языке» – 26,9%; «Сделал бы обучение в ВГМА на английском языке в течение всего периода обучения» – 15,5% и «Ничего бы не предпринял» – 11,6%.

Среди женщин: 41,1% – «Увеличила бы количество часов для изучения русского языка»; «Ничего бы не предпринимала» – 31,6%; «Создала бы условия для учебы в рамках общежития» – 15,7%. Некоторые студенты в своих работах отметили, что им не хватает общения с русскими ребятами, и они хотели бы учиться вместе с ними.

Важную роль в ходе социальной адаптации выполняют агенты адаптации. Они помогают субъекту овладеть ситуацией, т.е. поставляют необходимую информацию о состоянии среды, помогают в освоении новых социальных ролей, налаживании социальных контактов и пр.

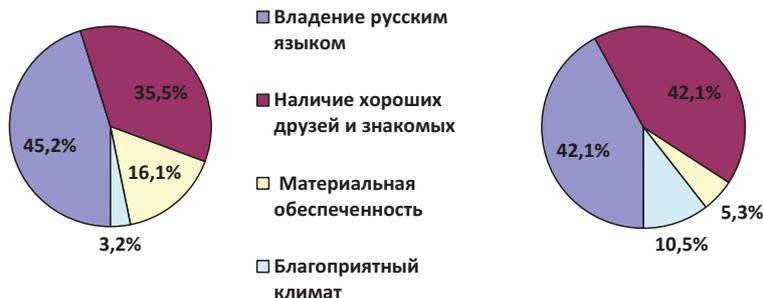
Для иностранных студентов такими агентами являются: деканат по работе с иностранными студентами, преподаватели вуза, коллектив студенческой группы, соотечественники и другие иностранные граждане.

Опрашиваемые – мужчины отметили, что наиболее существенную помощь и поддержку в процессе приспособления к жизни в России они получают от своих друзей – 37,5%, все проблемы решают сами – 18,8%, одноклассники помогают в решении насущных вопросов – 14,6%, землячество – 10,4%, преподаватели – 12,5%, руководство академии – 6,3%.

У респондентов-женщин, также основная поддержка идет за счет друзей – 36,8% и лишь 6,6% отметили помощь преподавателей.

Не менее интересный вопрос к нашим студентам, который касается такого важного процесса как адаптация (рисунок).

Как вы думаете, что является доминирующим фактором успешной адаптации?



Респонденты мужчины

Респонденты женщины

Доминирующим фактором успешной адаптации является владение русским языком и наличие хороших друзей.

На вопрос о том, что лучше помогает познать культуру России, мы получили достаточно интересный ответ. По мнению респондентов, для того, чтобы узнать язык и традиции России, необходимо не только разговаривать на русском языке, но и читать литературу, смотреть кино- и телепрограммы, посещать музеи, приобщаться к истории России. Необходимо полностью погрузиться в новую социокультурную среду, и тогда процесс адаптации не будет таким сложным и длительным.

Таким образом, одним из важнейших условий успешной адаптации иностранных студентов к новой образовательной среде можно считать организацию межличностного взаимодействия и взаимопонимания между профессорско-преподавательским составом и студентами, студентами – представителями разных культур внутри группы, факультета, академии.

Трудности, которые возникают в процессе адаптации иностранных студентов, в основном связаны с новым коллективом, непривычной обстановкой и общением на неродном языке.

Включение иностранного студента в практическую межкультурную коммуникативную деятельность, будет способствовать формированию у него позитивного отношения к стране пребывания.

Процесс адаптации к новой среде протекает как в рамках учебного процесса, так и во время проведения внеаудиторных мероприятий, что, по нашему мнению, способствует ускорению данного процесса, а также формирует языковую, речевую и социокультурную компетенцию.

Учитывая позитивный психологический климат, складывающийся в процессе обучения иностранных студентов, можно уверенно говорить об успешной адаптации большинства иностранных студентов ВГМА.

ВЛИЯНИЕ ВНЕШНИХ ФАКТОРОВ НА АКТИВНОСТЬ ФЕРМЕНТОВ ЦИКЛА ПУРИНОВЫХ НУКЛЕОТИДОВ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

¹Ильдербаева Г.О., ¹Жетписбаев Б.А., ²Ильдербаев О.З.

¹Государственный медицинский университет, Семей, Казахстан

²Евразийский национальный университет им Л. Гумилева, Астана, Казахстан, e-mail: oiz5@yandex.ru

Целью работы явилось исследование обмена пуриновых нуклеотидов при сочетанном воздействии стрессогенных факторов. Нами выполнены эксперименты на 45 белых крысах самцах: I гр. – интактные, II гр. – подвергавшие эмоциональному стрессу и III гр. – эмоциональный стресс+облученные. Животных III

группы облучали за 90 суток до исследования в дозе 6 Гр. Для исследования выделяли лимфоциты из периферической крови и готовили гомогенаты из печени, селезенки. У всех животных определяли активности 5'-НТ, АДА и АМФ-дезаминазы. Активность 5'-НТ в печени у животных II группы возросла на 83,87% (p<0,01), у животных III группы на 64,51%. Активность АДА у контрольных животных регистрировался в пределах 0,165±0,023, тогда как у опытных животных в пределах 0,831±0,075 (p<0,001); у III группы – 0,585±0,061 (p<0,001). Активность АМФ-д-зы в печени у животных II группы была снижена более чем в 1,51 раза (p<0,05) в сравнении с контрольными величинами. У животных III группы отмечена повышение на 285,51% (p<0,001). Активность АДА в селезенке у животных после стресса повышается до 2,87±0,21 (p<0,001), а в III группе отмечено снижение на 36,84% (p<0,01). Активность АМФ-д-зы в селезенке II группы остались без изменений, а после стрессогенных факторов повышена на 55,25% (p<0,05). Результаты показали, что у животных после стресса активность ферментов 5'-НТ и АМФ-ДА в лимфолизате возросла до 0,062±0,005 (p<0,001) и до 0,027±0,002 (p<0,001), соответственно. А в III группе активность ферментов 5'-НТ и АДА в лимфолизате снижена на 26,67% (p<0,05) и на 25 % (p<0,05), соответственно. Снижение активности 5'-НТ и АДА указывает на угнетение синтеза ферментов пуринового обмена, являющегося одним из путей освобождения аммиака из аминокислот и синтеза АТФ.

Таким образом, под воздействием стрессогенных факторов происходит активация обмена пуриновых нуклеотидов в основном в печени, снижение в селезенке и лимфолизате, что характеризует напряжение адаптационных механизмов организма на воздействие сочетанного фактора.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСТРЫХ ЛИМФОБЛАСТНЫХ ЛЕЙКОЗОВ У ДЕТЕЙ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

Корабельникова И.С., Гребенникова И.В.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия, e-mail: pchylka94@gmail.com

В последнее время отмечается тенденция к росту злокачественной патологии, как взрослого населения, так и детей [4, 6, 9]. По данным Воронежского областного клинического онкологического диспансера (ВО-КОД) в Воронежской области за последнее десятилетие заболеваемость злокачественными новообразованиями выросла на 16,8%, и она выше, чем в среднем по РФ [3]. Острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ) яв-

ляется самым частым онкологическим заболеванием детского возраста [1, 6, 4, 5].

Материалы и методы исследования

Исследование охватывает период с 2011 по 2013 год (3 года). Объектом исследования служит детское население от рождения до 17 лет включительно, проживающее на территории Воронежской области.

Материалом для исследования были первичные документы о заболевших и умерших от ОЛЛ детях, находившихся в отделении гематологии и онкологии БУЗ ВО «Воронежская областная детская клиническая больница № 1».

В связи с тем, что данная категория детей госпитализируется только в ВОДКБ №1, мы считали возможным определить госпитализированную заболеваемость и смертность как показатель в Воронежской области.

Результаты исследования и их обсуждение

В период с 2011 по 2013 гг. было выявлено 45 детей с впервые установленным диагнозом ОЛЛ. Среди заболевших 19 мальчиков (42,2%) и 26 девочек (57,8%). Соотношение мальчики / девочки (м/д) составило 1:1,4. Хотя по данным литературы мальчики болеют ОЛЛ чаще, чем девочки (т.е. соотношение заболеваемости мальчиков и девочек – 1,6:1-1,3:1,0) [1, 2, 5]. Что, вероятно, связано с небольшой выборкой больных.

Проведенный статистический анализ показал, что лейкоз встречается во всех возрастах детства с подъемом в 3–5 лет (27 детей – 60%). Пик заболеваемости приходится на возраст 4 лет, что соответствует данным большинства авторов [1, 5].

Структура заболеваемости детей ОЛЛ выглядит следующим образом (табл. 1). В среднем за 3-летний период «грубый» показатель заболеваемости ОЛЛ детей Воронежской области составил 4,1 на 100 тыс. детского населения. Данный показатель является близким к таковым, приводимым по ряду регионов России у детей [1, 7, 8]. Заболеваемость ОЛЛ неуклонно прогрессирует с 3,0 в 2011 г. до 5,1 на 100 тыс. детского населения в 2013 г.

За 3-х летний период в отделении умерло 6 детей (13,3%), средний грубый показатель смертности составил 0,54 на 100 тыс. детского населения. Среднегодовые показатели смертности детей от ОЛЛ в различных регионах России колебались от 0,46 на 100 тыс. детского населения в Московской области, до 2,13 на 100 тыс. детского населения в Астраханской области [8]. В 2011 году умерло 3 детей, в 2012 – 2 девочки и в 2013 году – 1, т.е. показатель смертности имеет четкую тенденцию к снижению (рис. 1), что связано, вероятно, с улучшением результатов лечения ОЛЛ (внедрение в практику международных программ лечения, соблюдение стандартов гемотрансфузионной и сопроводительной терапии, совершенствование лабораторной диагностики). Отличительной особенностью явилось то, что все умершие дети были из районов области.

Наибольшее число заболевших приходится на районы области – 27 случаев (60%). Показатель заболеваемости в Воронеже имеет тенденцию к росту, так же как и в районах области. По районам Воронежской области заболеваемость распределилась неравномерно (рис. 2).

Таблица 1

Уровень заболеваемости ОЛЛ (грубый показатель) детей Воронежской области с 2011 по 2013 год

Место жительства	Заболеваемость на 100 тыс. детского населения (абс. число заболевших)			Среднее значение	Всего заболевших	%
	2011 г.	2012 г.	2013 г.			
г. Воронеж	2,1(3)	5,6(8)	4,8(7)	4,2	18	40
Район	3,6(8)	3,1(7)	5,4(12)	4	27	60
Итого по области	3,0	4,1	5,1	4,1	45	100

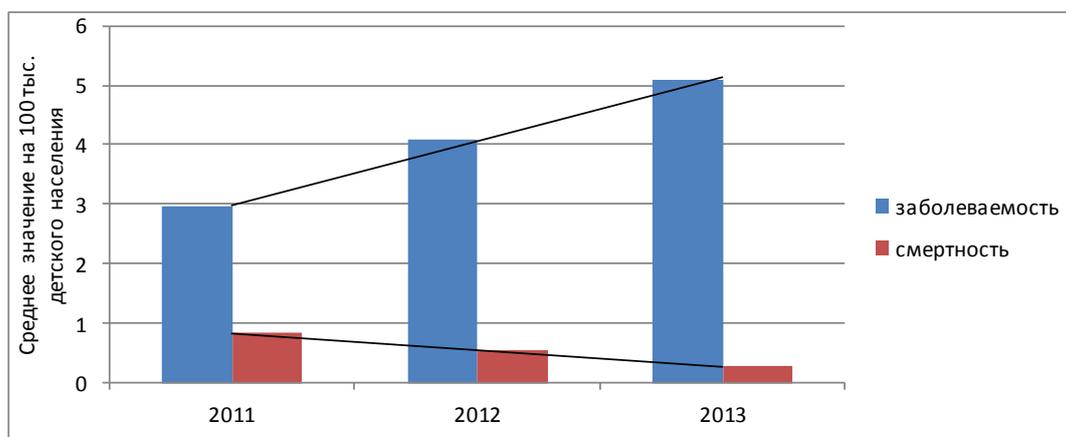


Рис. 1. Уровень заболеваемости и смертности (грубый показатель) ОЛЛ Воронежской области у детей за 2011-2013 гг.

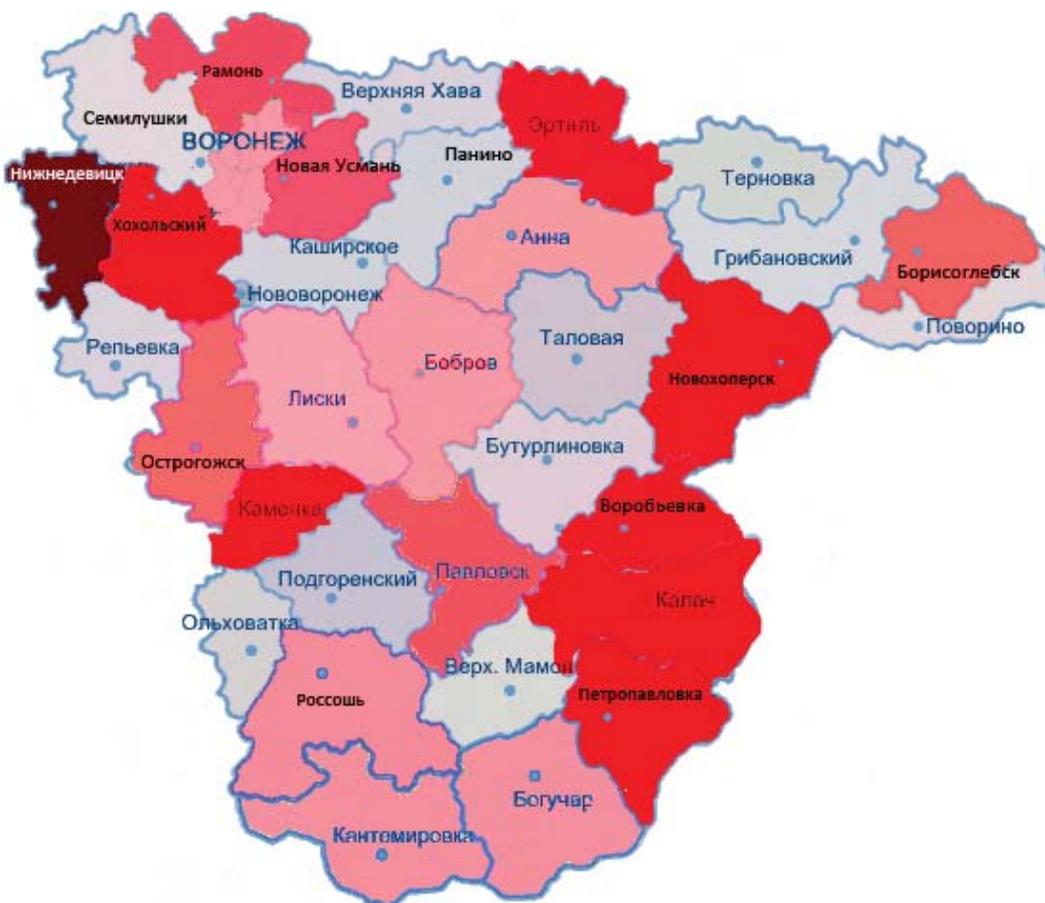


Рис. 2. Распределение заболеваемости ОЛЛ по районам Воронежской области

Максимальный уровень заболеваемости за исследуемый период зарегистрирован в Нижнедевицком районе, по данным ВОКОД г. Воронежа этот район относится к территории со стабильно высокой заболеваемостью злокачественными новообразованиями [3]. Высокие показатели выявлены в Воробьевском, Петropавловском, Каменском, Новохоперском муниципальных районах. По данным Н.М. Пичужкиной с соавт. (Управление Роспотребнадзор по Воронежской области) на перечисленных территориях был высокий коэффициент суммарного загрязнения питьевой воды [6].

Выводы

1. Уровень заболеваемости ОЛЛ в Воронежской области за период 2011-2013 гг. остается стабильно высоким, а уровень смертности непрерывно падает.
2. Лейкоз встречается во всех возрастах детства с подъемом в 3-5 лет. Пик заболеваемости приходится на возраст 4 лет.
3. Показатель заболеваемости, как в городе, так и в районах области имеет тенденцию к росту.

Список литературы

1. Балашева И.И. 50 лет клинико-эпидемиологических исследований острых лейкозов у детей Томской области / И.И. Балашева, Р.Н. Лучинина, Л.Ф. Десятова // Сибирский онкологический журнал. – 2010. – № 1. – С. 23-28.
2. Беликова Л.Ю. Пособие для врачей гематологов / Л.Ю. Беликова, А.И. Карачунский, Е.В. Самочатова. – М., 2002. – 51 с.
3. Ведринцев В.В. Онкологическая ситуация в Воронежской области / В.В. Ведринцев, И.П. Мошуров // Сборник научных статей / под редакцией И.Э. Есауленко [и др.] – Воронеж: «Научная книга», 2014. – С. 10-17.
4. Заридзе Д.Г. Эпидемиология и профилактика рака // Вестник РАМН. – 2001. – № 9. – С. 6-14.

5. Практическое руководство по детским болезням. Гематология/онкология детского возраста / под ред. Румянцев А.Г. – М.: ИД Медпрактика, 2004. – Т. 4. – С. 518-536.
6. Экологическая обусловленность злокачественных новообразований у детей в Воронежской области / Н.М. Пичужкина [и др.] // Экология человека. – 2009. – № 4. – С. 8-14.
7. Эпидемиологические аспекты онкогематологических заболеваний у детей в Республике Беларусь / С.П. Петрович [и др.] // Вопросы онкологии. – 2002. – № 3. С. 301-305.
8. Эпидемиологические характеристики острого лимфобластного лейкоза у детей омской области за период 1993-2010 гг. / Н.Н. Коцкая [и др.] // Вопросы гематологии, онкологии и иммунопатологии в педиатрии. – 2012. – Т. 11, № 1. – С. 9-13.
9. Risk of Ionizing Radiation Exposure to Children: a subject review / American Academy of Pediatrics; Committee on Environmental Health // Pediatrics. – 1998. – № 101. – P. 717-719.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ СТУДЕНТОВ ВО ВРЕМЯ ЭКЗАМЕНАЦИОННОГО СТРЕССА

Репина Д.А., Раскина Е.А., Новикова А.О., Дорохов Е.В., Карпова А.В.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия, e-mail: reppa07@mail.ru

Общеизвестно, что студенческий экзамен представляет собой одну из наиболее напряженных форм умственной деятельности обучаемого, включающей в себя не только реальную оценку подготовки учащегося, но и его способность концентрироваться и справляться с эмоциональным напряжением. Как правило, в период сессии, студенты, мотивированные получением высокого результата, используют большинство

резервов своего организма. Однако в некоторых случаях, это может привести к истощению физических и интеллектуальных ресурсов, что негативно сказывается на здоровье молодых людей. Невозможно отрицать, что девушки и юноши одного возраста совершенно по-разному реагируют на напряженную для них ситуацию. Следует отметить, что изучение стрессоустойчивости у людей разного пола может в будущем помочь скорректировать учебную программу, условия проведения учебных испытаний и упорядочить трудовую деятельность студентов. В связи с вышесказанным актуальность работы по изучению функционального состояния девушек и молодых людей во время сессии не вызывает сомнений.

Цель работы: оценка гендерных особенностей психоэмоционального состояния обучаемых при прохождении экзаменационных испытаний.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 191 студент второго курса ВГМА имени Н.Н. Бурденко. Из них было 47 юношей и 144 девушки. Работа проводилась непосредственно перед экзаменом по нормальной физиологии с использованием аппаратно-программного комплекса «Истоки здоровья», включающего в себя психологические тесты: тест зрительно-моторной реакции, тревожности, цветовых выборов, общей реактивности, смысло-жизненных ориентаций, тест Айзенка, а также функциональные тесты, основанные на записи и анализе сердечного ритма. Данные анализировались в программах Excel и Kyplot по критерию Wilcoxon (Mann-Whitney).

Результаты и их обсуждение

Как первичная реакция на опасную ситуацию или её ожидание выступает тревога с её физиологическими, психологическими и когнитивными компонента-

ми [1]. Ситуативная тревожность – это субъективно переживаемые эмоции человека в стрессовой ситуации, такой как экзамен. Под личностной тревожностью понимается устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая склонность субъекта воспринимать угрозу своему «Я» в самых различных условиях. Уровень личностной тревожности, определенный по методике Спилберга у девушек во время экзамена составляет $33,3 \pm 1,7$, а у юношей $33,1 \pm 1,34$. В целом эти показатели не имеют больших различий и не коррелируют между собой, и такие значения относятся к среднему уровню личностной тревожности.

Намного больше информации дало изучение уровня ситуативной тревожности. Выяснилось, что в данной ситуации меньше волнуются девушки, их показатель $41,6 \pm 1,8$ тогда как показатель у юношей – $42,53 \pm 1,33$. Тем не менее, в обеих группах преобладают процент людей с высоким уровнем тревоги, как это представлено в таблице 1.

Комплексным показателем, отражающим сложность функционирования сердечно-сосудистой системы является индекс функциональных изменений (ИФИ), представленный на рисунке 1. Он рассчитывался по формуле [1].

$$\text{ИФИ} = 0,011\text{ЧП} + 0,014\text{САД} + 0,008\text{ДАД} + 0,014\text{В} + 0,009\text{МТ} - 0,009\text{Р} - 0,27 [1].$$

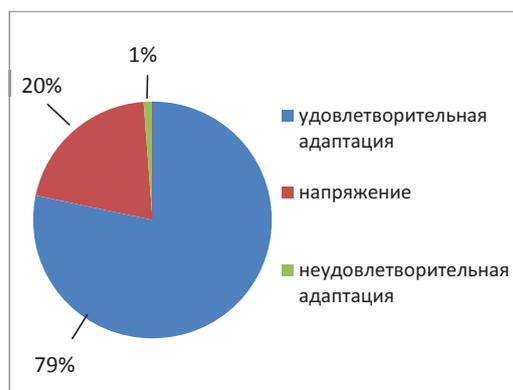
Данный показатель у юношей $2,67 \pm 0,28$, а у девушек $2,34 \pm 0,3$. (***) $p < 0,001$. Помимо того, большее количество лиц женского пола характеризуются удовлетворительной степенью адаптации, в то время как в противоположной группе напряжение адаптационных механизмов обнаружено у 45% исследуемых. При этом срыва адаптации ни у кого из испытуемых не выявлено.

Таблица 1

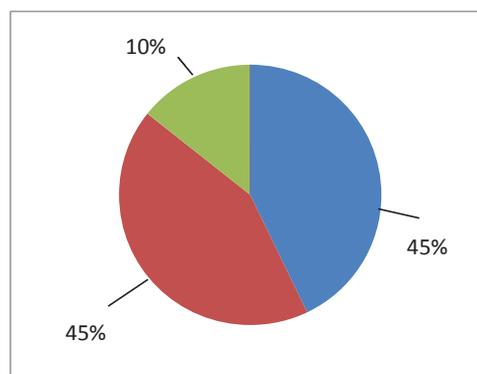
Уровень ситуативной тревожности

	Девушки			Юноши		
	низкая	средняя	высокая	низкая	средняя	высокая
Количество человек	30	52	62	12	14	21
В процентах от всех девушек	21%	37%	43%	26%	30%	45%
Среднее	$21,3 \pm 1,04$	$39,59 \pm 2,04$	$53,37 \pm 1,54$	$23,83 \pm 2,08^*$	$41 \pm 1,54^*$	$54,8 \pm 1,03^*$

Примечание * $p < 0,05$ по сравнению с девушками



Девушки



Юноши

Рис. 1. Индекс функциональных изменений

В аппаратно-программном комплексе «Истоки здоровья», который применялся при проведении исследований, в качестве метода определения состояния ЦНС, ее основных функциональных характеристик (возбудимость, реактивность, подвижность, устойчивость реагирования) используется анализ временных показателей простой сенсомоторной реакции. В ходе теста определяется уровень функциональных возможностей (УФВ), являющийся наиболее полной характеристикой состояния ЦНС и позволяющий судить о ее способности сформировать и достаточно долго удерживать соответствующее функциональное состояние.

УФВ у молодых людей – $3,19 \pm 0,9$, а у девушек – $3,66 \pm 0,86$ (* $p < 0,05$). Кроме того, более половины девушек имеют высокий уровень функциональных возможностей ЦНС. Это говорит о том, что устойчивость реакций у лиц женского пола выше, и они лучше способны сконцентрироваться на простом отвлеченном задании непосредственно перед экзаменом. Напротив, юноши, имея высокие показатели ситуативной тревожности, способны думать в основном о предстоящем испытании и хуже справляются с предложенными тестами.

По итогам аттестации студентов было выявлено, что в целом девушки лучше освоили учебную программу. Так, только 4% девушек, принимавших участие в исследовании, не смогли сдать экзамен в основной период сессии. При этом 16% юношей, не сдавших экзамен с первой попытки, успешно его пересдали. Студентов, которые знают предмет на удовлетворительно приблизительно равные проценты (51% девушек и 49% юношей). Среди девушек на 10% больше хорошистов (28%), а количество отличников в обеих группах 17%.

Также в ходе работы исследовалось множество других показателей физического здоровья и вегетативного гомеостаза, часть которых представлена в таблице 2.

Таблица 2

Некоторые показатели физического здоровья и вегетативного гомеостаза

Показатель	Общие резервы здоровья	ЧСС в покое	Мода	Среднее время реакции, мс
Юноши	$47,37 \pm 12,5^*$	$93,8 \pm 13$	$204,34 \pm 18,5$	$217 \pm 24,58^*$
Девушки	$44,5 \pm 9,8$	$94,76 \pm 14,2$	$207,48 \pm 21,3$	$209 \pm 31,7$

Примечание * $p < 0,05$ по сравнению с девушками

Анализируя данные, представленные выше в таблице 2, легко заметить, что общие резервы физического здоровья выше в мужской группе ($p < 0,05$). Однако показатель способности ЦНС сформировать и достаточно долго удерживать соответствующее функциональное состояние, лучше и девушек, так как среднее время реакции на простой раздражитель у них понижено, относительно мужчин ($p < 0,05$). Оценка моды, характеризующей наиболее вероятный уровень функционирования системы кровообращения, не позволяет выявить определенную тенденцию в группах, в связи с тем, что у каждого студента в данный момент наблюдалась строго индивидуальная реакция со стороны симпатической и парасимпатической нервной системы.

Вывод

Таким образом, по итогам исследований можно сделать вывод о том, что вопреки сложившемуся стереотипу о неустойчивости женского психоэмоционального статуса [3], с преодолением экзаменацион-

ного стресса лучше справляются именно девушки, что подтверждается различными тестами. В современном обществе, когда женщины учатся и работают наравне с мужчинами, они научились преодолевать всевозможные препятствия, в том числе, психологически трудные экзаменационные испытания

Так, у тестируемых студентов показатель ситуативной тревожности, ниже, чем в мужской группе. Также, выявленный у них уровень функциональных изменений свидетельствует об удовлетворительной степени адаптации, а степень функциональных возможностей находится на высоком уровне.

Данные результаты можно отчасти объяснить гендерными особенностями женской психологии: лабильность характера позволяет девушкам легче переключаться на решение различных задач и преодолевать негативные мысли, связанные с экзаменом, в то время как мужской психотип предполагает строгую нацеленность на достижение конкретного результата.

Список литературы

1. Щербатых Ю.В. Психология стресса и методы коррекции. – СПб.: Питер, 2006. – 256 с.
2. Сергиенко А.В. Оценка уровня здоровья и степени адаптированности студентов в процессе учебной деятельности / А.В. Сергиенко, В.Н. Яковлев, Е.А. Павлова, Е.Н. Фролихина // Здоровье человека-6: материалы 6 Международного конгресса валеологов. – СПб.: Изд-во СПбГМУ, 2011. – С. 188-190.
3. Дерябина А.С. Гендерные подходы в психологических теориях и исследованиях // Молодой ученый. – 2011. – Т. 2, № 8. – С. 92-95.
4. Дорохов Е.В. Влияние экзаменационной нагрузки на психофизиологическое состояние студентов / Е.В. Дорохов [и др.] // Здоровье человека-7: материалы VII Межд. научн. конгресса валеологов. – СПб., 2014. – С. 150-153.
5. Дорохов Е.В. Выраженность синдрома эмоционального выгорания у студентов медицинских вузов // Медицинская наука и образование: материалы 62-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино. – Душанбе, 2014. – Т. II. – С. 216-218.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОБРАЗОВАНИЯ ПЕРВИЧНЫХ ПРОДУКТОВ ПОЛ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ПОВРЕЖДЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ТКАНЕЙ

Симион А.Ю., Макеева А.В., Лидохова О.В.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия, e-mail: al-simion@yandex.ru

К настоящему времени сложилось современное представление о гипоксии, как о важнейшем выражении общей патологии, приводящей к повреждению клеток, вызываемых различными физическими, химическими и биологическими факторами. Главным патогенетическим звеном при кислородном голодании тканей любой природы является дефицит энергии в клетках. Гипоксия, приводящая к дефициту энергии в клетках, и сопровождающие ее процессы свободнорадикального окисления лежат в основе патогенеза широкого круга заболеваний (ишемические процессы головного мозга, сердца, печени).

Важную роль в развитии патологических процессов играет пероксидное окисление липидов (ПОЛ). Избыточное образование продуктов перекисного окисления липидов оказывает повреждающее действие на уровне клеток. Пероксидные радикалы взаимодействуют с молекулами жирных кислот, образуя высокотоксичные гидроперекиси и новый свободный радикал. Такой лавинообразный процесс формирует все новые и новые цепи окисления с участием первичных (диеновые конъюгаты), промежуточных и конечных продуктов ПОЛ. Эти процессы изменяют проницаемость плазматических мембран, активность клеточных ферментов, изменяют свойства мембран-

ных белков, а по выраженности процессов ПОЛ можно судить о степени повреждения клеток. Первичными продуктами ПОЛ являются диеновые конъюгаты, которые относятся к токсическим метаболитам, оказывающим повреждающее действие на липопротеиды, белки, ферменты и нуклеиновые кислоты [1].

В настоящее время актуальной является проблема изучения процессов ПОЛ при ишемии головного мозга при инфаркте миокарда, поскольку данные патологии являются ведущими причинами заболеваемости и смертности населения [2, 3].

Проблема изучения молекулярных основ токсических гепатитов остается в настоящее время весьма актуальной, в связи с тяжестью и распространенностью данных патологий. К одному из метаболических заболеваний печени относят токсический гепатит, который может приводить к деструкции гепатоцитов и усилению ПОЛ [2].

В этой связи целью нашей работы явилось определение уровня диеновых конъюгатов, как первичных продуктов ПОЛ, при экспериментальном токсическом гепатите, инфаркте миокарда и постишемической реперфузии головного мозга

В качестве объекта исследования использовали самцов белых лабораторных крыс (*Rattus rattus* L.) массой 150-200 г. Крысы были разделены на 4 экспериментальные группы: в 1-й группе (контроль; $n = 7$) животных содержали на стандартном режиме вивария; во 2-й группе ($n = 8$) животным для индукцирования экспериментального токсического гепатита (ЭТГ) вводили гепатотропный токсин CCl_4 в дозе 0,064 мл на 100 г веса после суточной пищевой депривации; в 3-й группе ($n = 8$) животным для моделирования инфаркта миокарда вводили 0,1% раствор адреналина в дозе 0,15 мл на 100 г массы тела; в 4-й группе ($n = 9$) ишемию головного мозга моделировали путем 30-минутной окклюзии обеих общих сонных артерий, реперфузия достигалась снятием окклюдоров. Для определения активности аспаратаминотрансферазы (АсАТ), аланинаминотрансферазы (АлАТ) и креатинкиназы (КК-МБ) использовали стандартные наборы «Bio-La-Test». Состояние энергетического обмена головного мозга крыс оценивали по содержанию лактата и пирувата. Содержание ДК определяли спектрофотометрически при 233 нм. Полученные данные обрабатывали с использованием t-критерия Стьюдента, различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Для оценки степени поражения ткани печени определяли активность маркерных ферментов АлАТ и АсАТ в сыворотке крови крыс. Результаты исследования показали, что при ЭТГ активность АлАТ увеличилась в 7,7 раза, а активность АсАТ в 4,9 раза по сравнению с группой контрольных животных. Кроме того, показано, что при развитии экспериментального инфаркта миокарда наблюдалось увеличение активности АсАТ и КК-МБ почти в 6 раз по сравнению с животными, которым не вводили раствор адреналина. Подобные изменения активности маркерных ферментов являются свидетельством развития цитолитического синдрома, так как указывают на степень поражения ткани печени и сердечной мышцы.

Свидетельством подавления аэробного и усиления «аварийного» гликолитического механизма образования энергии у крыс с постишемической реперфузией головного мозга явилось значительное увеличение содержания лактата на фоне снижения содержания пирувата, что, в свою очередь, приводило к увеличению отношения лактат/пируват более чем в 7 раз по сравнению с группой контрольных животных.

Для оценки уровня свободнорадикального окисления при экспериментальном токсическом гепатите,

инфаркте миокарда и постишемической реперфузии головного мозга измеряли содержание первичных продуктов ПОЛ – диеновых конъюгатов. Результаты проведенных исследований показали, что при экспериментальном токсическом гепатите происходило увеличение содержания ДК в ткани печени в 1,8 раза, а при ишемии миокарда уровень ДК в сердце увеличился в 3,7 раза по сравнению с контрольными показателями (содержание ДК в тканях контрольных животных). Уровень ДК в ткани головного мозга крыс с постишемической реперфузией возрастал более чем в 2,0 раза по сравнению с контрольными значениями. Это свидетельствует об интенсификации свободнорадикального окисления на фоне развития патологии, проявляющееся в накоплении высокотоксичных первичных продуктов ПОЛ.

Полученные нами данные показывают, что ишемическое повреждение тканей печени, сердца и головного мозга приводит к интенсификации перекисидного окисления липидов, что может быть причиной дезинтеграции биологических мембран в условиях гипоксии. А наиболее высокий уровень продуктов ПОЛ, который был выявлен в кардиомиоцитах, свидетельствует о высокой чувствительности ткани сердечной мышцы к гипоксии.

Список литературы

1. Тарасов Н.И., Тепляков А.Т., Малахович Е.В. и др. Состояние перекисного окисления липидов, антиоксидантной защиты крови у больных инфарктом миокарда, отягощенным недостаточностью кровообращения // Тер. архив. – 2002. – № 12. – С. 12-15.
2. Ланкин В.З., Тихазе А.К., Беленков Ю.Н. Свободнорадикальные процессы при заболеваниях сердечно-сосудистой системы // Кардиология. – 2000. – № 7. – С. 48-59.
3. Федорова Т.Н., Болдырев А.А., Ганнушкина И.В. Перекисное окисление липидов при экспериментальной ишемии мозга // Биохимия. – 1999. – Т. 64. – Вып. 1. – С. 94-98.

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА: ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ И ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

Скогорева Н.В., Макеева А.В.

*Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия,
e-mail: runet13@yandex.ru*

В настоящее время изучение ревматоидного артрита приобретает общемедицинское значение, так как способствует пониманию сущности фундаментальных механизмов развития патологии и совершенствования фармакотерапии других распространенных заболеваний человека (атеросклероз, сахарный диабет типа II, остеопороз и др.), которые патогенетически связаны с хроническим воспалением [1].

Данное заболевание имеет большое социальное значение вследствие его широкого распространения. Ревматоидный артрит составляет около 10% от общего числа ревматических болезней, а ежегодная частота возникновения новых случаев заболевания составляет около 0,02%. Согласно данным ВОЗ, частота встречаемости ревматоидного артрита в популяции колеблется от 0,6 до 1,3%, при этом у близких родственников она достигает 3-5%. Женщины болеют значительно чаще по сравнению с мужчинами [2].

Точные причины развития ревматоидного артрита до сих пор не установлены. Считается, что ревматоидный артрит носит мультифакторную этиологическую направленность, в соответствии с которой заболевание может развиваться под влиянием разнообразных воздействий внешней среды при наличии генетически обусловленной предрасположенности к заболеванию. В качестве возможных инфекционных факторов выделяют микоплазмы, ретровирусы, вирус

Эпштэйна-Барр, цитомегаловирус, однако для реализации активности перечисленных инфекций необходимы определенные условия внешней среды. Для ревматоидного артрита таковыми являются тяжелый физический труд, неблагоприятные условия жизни, низкий уровень образования, распад семьи. Развитие ревматоидного артрита ассоциируется с носительством HLA-DR4 и HLA-DR1. Ассоциация между носительством определенных аллелей II класса главного комплекса гистосовместимости, имеющих общие аминокислотные последовательности, указывает на важную роль опосредуемой Т-лимфоцитами генетической предрасположенности к развитию данного заболевания.

Неизвестно, каким образом инфекция приводит к хроническому воспалению суставов. Возможно, ревматоидный артрит развивается в результате длительной персистенции возбудителя в суставах или накопления продуктов его жизнедеятельности в синовиальной оболочке. Не исключено, что при повреждении тканей сустава под действием инфекции появляются новые антигены, на которые развивается иммунный ответ, то есть процесс развивается по типу *аутоиммунного воспаления*. Кроме того, в основе ревматоидного артрита может лежать молекулярная мимикрия (сходство между чужеродными и собственными антигенами), в результате которой при иммунном ответе на антигены возбудителя вырабатываются антитела к аутоантигенам суставов.

Характер изменений в синовиальной оболочке подтверждает, что в патогенезе ревматоидного артрита участвуют иммунные механизмы, которые сопровождаются глубокими нарушениями иммунного ответа, а также количественным и качественным дисбалансом иммунокомпетентных клеток, нарушением регуляции активности медиаторов воспаления, вовлечением сосудов микроциркуляторного русла с нарушениями агрегатного состояния крови, повышением вязкости крови и формированием порочного круга, вовлекающего в себя практически все системы организма. В патогенезе ревматоидного артрита задействованы как факторы гуморального (Ig G и Ig M ревматоидные факторы), так и клеточного (Т-лимфоциты) иммунитета.

Для ранних стадий заболевания характерно поражение мелких сосудов и пролиферация синовиоцитов. Через некоторое время в синовиальной оболочке при ревматоидном артрите появляются периваскулярные инфильтраты из лимфоцитов, макрофагов и плазматических клеток. Затем развивается отек синовиальной оболочки с выбуханием ее ворсин в полость сустава. В синовиальной оболочке постепенно разрастается соединительная ткань. Лимфоидные инфильтраты образуют фолликулы, напоминающие ревматоидные узелки. Возникновение деструктивных изменений хряща связано с формированием в синовиальной оболочке грануляционной ткани, которая проникает в хрящ и разрушает его. Столь характерная для ревматоидного артрита деформация суставов связана с хроническим воспалением не только суставных, но и околоуставных тканей и мышц. В связи с этим ревматоидный артрит относят к хроническому системному воспалительному заболеванию.

Лечение ревматоидного артрита остается одной из наиболее сложных проблем клинической медицины. Подавляющее большинство лекарственных средств, которые определяются как «базисные противовоспалительные препараты», применяются в ревматологии уже более 30 лет [3]. Однако только в течение последнего десятилетия были обобщены результаты основных исследований, посвященных оптимизации фармакотерапии данного заболевания. В насто-

ящее время помимо стандартных медикаментозных групп препаратов, применяемых для лечения ревматоидного артрита, включающих в себя препараты базисной терапии (метотрексат, лефлуномид, сульфасалазин и др.), глюкокортикоидные препараты и нестероидные противовоспалительные препараты, в мире зарегистрированы так называемые генно-инженерные биологические препараты, представляющие собой новый этап в развитии лечения ревматоидного артрита. Эти препараты позволяют осуществлять целенаправленное воздействие на ключевые механизмы развития ревматоидного воспаления. Наиболее широко в России применяются препараты из группы ингибиторов фактора некроза опухоли – альфа (ФНО- α), ключевого цитокина, участвующего в развитии ревматоидного воспаления. Полагают, что ФНО- α и другие провоспалительные цитокины являются основными факторами трансформации острого иммунного воспаления, свойственного ранней стадии ревматоидного артрита, в хроническое с развитием паннуса и необратимым разрушением суставных структур [4].

Известны новые биологические препараты, обладающие избирательной способностью влиять на те или иные механизмы воспаления при ревматоидном артрите. К ним относятся моноклональные антитела, которые, связываясь с поверхностными антигенами клетки, ведут к ее разрушению посредством активации системы комплемента, индукции клеточно-опосредованной цитотоксичности или апоптоза. Для лечения ревматоидного артрита также используют и рекомбинантные формы интерферона, как альфа, так и гамма.

Особый интерес для ревматологов представляют комбинации, в которых один из препаратов хотя бы отчасти подавляет отрицательное влияние другого. Такой комбинацией и стало сочетание диклофенака с пентоксифиллином, обладающее выраженной анальгетической и противовоспалительной активностью у больных ревматоидным артритом.

Современные противоревматические препараты не увеличивают продолжительность жизни пациентов и не препятствуют раннему выходу их на инвалидность. Несмотря на проводимое лечение, только у 10% больных имеет место доброкачественное течение ревматоидного артрита с редкими обострениями, у 65-70% заболевание характеризуется хотя и медленным, но неуклонным прогрессированием с частыми обострениями и неполными ремиссиями, а у остальных развивается «злокачественный» вариант течения с множественным поражением суставов, резистентностью к проводимой фармакотерапии и тяжелыми, потенциально смертельными нарушениями функций внутренних органов.

Поэтому весьма актуальным остается поиск лекарственных препаратов пригодных для лечения ревматоидного артрита, которые помогут усовершенствовать подходы к фармакотерапии с использованием современных медицинских технологий и фундаментальных механизмов развития этого заболевания.

Список литературы

1. Насонов Е.Л. Ревматоидный артрит как общемедицинская проблема // Терапевт. Архив. – 2004. – № 5. – С. 5-7.
2. Амирджанова В.Н. Ревматоидный артрит и качество жизни больных: методология исследований, валидация инструментов, оценка эффективности терапии: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2008. – 49 с.
3. Насонов Е.Л. Применение ингибиторов фактора некроза опухоли при ревматоидном артрите: место этанерцепта // Научно-практическая ревматология. – 2008. – № 5. – С. 1-20.
4. <http://medbe.ru/materials/diagnostika-i-lechenie-artritiv/lechenie-revmatoidnogo-artrita2>

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ОРГАНИЗМА К ИЗМЕНЕНИЮ СВОБОДНО-РАДИКАЛЬНОГО РАВНОВЕСИЯ ПОД ВЛИЯНИЕМ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА И ФАКТОРОВ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ СРЕДЫ

Субботин К.А., Макеева А.В.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия, e-mail: konstantin-dr.subb@mail.ru

В настоящее время весьма актуальным является исследование адаптации человека к стрессовым условиям, что, очевидно, связано с увеличением числа экстремальных ситуаций природного и антропогенного происхождения. По мнению ряда исследователей, стрессовые воздействия приводят к нарушению баланса в системе «радикалы-антиоксиданты» и как следствие нарушению метаболических процессов в организме. В данном исследовании принимали участие 2 категории людей: рабочие предприятия металлургического производства и студенты медицинской ВУЗа. Критерием выбора первой группы обследуемых послужили данные о том, что в зоне неблагоприятного воздействия выбросов металлургических предприятий в России проживает около 10 млн. человек. Работники металлургического производства подвергаются усиленному воздействию комплекса вредных факторов, которые представлены соединениями Ni, Co и Cu, а также платиноидами, оксидами S, C и Se, Cl, Br, Na, Cd, Zn, Ag, Hg, Cr, Fe, Te, Ars, Si, Pb, Mg, Mo, W, Mn и бенз(а)пиреном. Концентрации этих веществ часто значительно превышают предельно допустимые нормы. Критерием выбора второй группы явилась особенность учебной деятельности, которая в любом вузе характеризуется неравномерностью эмоциональных и информационных нагрузок в течение семестра, нарастанием перегрузок в период сессии, что предъявляет повышенные требования к деятельности регуляторных систем организма студентов. Характер учебной деятельности студентов отличается выраженным психоэмоциональным напряжением, что может привести к срыву адаптационных механизмов и нарушению функционирования высших адаптивных систем.

В связи с этим, целью данной работы явилось исследование состояния свободнорадикального гомеостаза в сыворотке крови людей, работающих на Старооскольском электрометаллургическом комбинате и у студентов в период экзаменационной сессии, а также сравнение адаптационных возможностей организма к изменению свободно-радикального равновесия в условиях влияния разных стрессовых факторов.

Объектом исследования служила сыворотка крови. Исследуемые были поделены на 4 группы: I группа (контроль) – люди, проживающие в г. Старый Оскол и не занятые в металлургической промышленности; II группа – люди, занятые на производстве Старооскольского электрометаллургического комбината (стаж работы более 5 лет); III группа (контроль) – студенты Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н. Бурденко в середине учебного года и IV группа (стресс) – студенты в период экзаменационной сессии в день экзамена. Во всех группах исключались лица с хроническими заболеваниями, а также контрольные группы были сопоставлены по полу и возрасту с группой исследуемых. Средний возраст исследуемых лиц в I и II группе составил $38,0 \pm 2,0$ года, а в III и IV группах $19,9 \pm 1,8$.

Всем участникам исследования проводили стандартное клиническое обследование, общий и биохимический анализы крови. Кровь была получена на

базе клинической диагностической лаборатории городской больницы №2 г. Старый Оскол и на базе МУЗ «Поликлиника №2 Центрального района г. Воронеж». Сыворотку крови отделяли методом дифференциального центрифугирования в течении 5 мин при 10 000 g. Оценку интенсивности свободнорадикальных процессов в сыворотке крови осуществляли методом Fe^{2+} -индуцированной хемиллюминесценции на биохемиллюминиметре БХЛ-007. Регистрация индуцированной биохемиллюминесценции биологических объектов является современным методом для изучения интенсивности свободнорадикальных процессов. В клинических условиях хемиллюминесцентный показатель может быть применен для определения остроты процесса, степени тяжести по динамике значений хемиллюминесценции. Определение активности каталазы и супероксиддисмутазы (СОД) проводили спектрофотометрически. Опыты проводили как минимум в 20-ти кратной биологической и 2-х кратной аналитической повторностях. Данные обрабатывались с использованием t-критерия Стьюдента, различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты проведенных исследований показали, что уровень образования свободнорадикальных молекул под влиянием психоэмоционального стресса у студентов во время экзаменационной сессии сопоставим с таковым у лиц длительное время работающих на металлургическом предприятии. Так, согласно полученным результатам, у лиц II группы было выявлено возрастание светосуммы хемиллюминесценции (S) и интенсивности максимальной вспышки хемиллюминесценции (I_{max}), отражающих интенсивность образования свободнорадикальных молекул, почти в 2,0 раза по сравнению с контрольным уровнем (I группа). В свою очередь, у лиц IV группы данные значения увеличивались более чем в 3,0 раза относительно группы контроля (III группа), что может свидетельствовать о значительной спонтанной интенсификации свободнорадикального окисления в ответ на действие психоэмоционального стресса. Наряду с этим показано, что у лиц II группы величина $tg \alpha_2$, характеризующая антиоксидантный статус клеток, возростала в 1,3 раза относительно контрольных значений, а у лиц IV группы в 3, 8 раз по сравнению с контролем. Это говорит о том, что в ответ на интенсификацию действия стрессовых факторов начинают действовать компенсаторные механизмы, направленные на снижение уровня окислительного стресса в организме, то есть усиливается антиоксидантная защита организма. Подтверждением вышесказанного является также изменение каталитической активности эндогенных антиоксидантных ферментов СОД и каталазы. Согласно полученным результатам, выявлено увеличение активности СОД и каталазы в 1,8 и 1,6 раза соответственно в IV группе по сравнению с контрольными значениями, и, напротив, снижение активности исследуемых ферментов у лиц II группы. Основное отличие полученных результатов в том, что спонтанный всплеск гиперпродукции свободных радикалов под влиянием психоэмоционального стресса подавляется антиоксидантными системами организма, активация которых выявлена на примере увеличения каталитической активности СОД и каталазы. Напротив, повышенный уровень свободнорадикального окисления у рабочих в течение длительного времени, свидетельствует о переходе процесса образования радикальных молекул в хроническую форму, что также подтверждает неспособность эндогенных антиоксидантов справиться с повышенной радикальной нагрузкой.

Таким образом, согласно полученным данным, можно сделать вывод, что острая интенсификация

свободнорадикального окисления у студентов в период экзаменационной сессии значительно активизирует работу антиоксидантных систем организма, направленные на снижение уровня свободных радикалов и поддержание свободнорадикального равновесия. Наряду с этим, проведенные исследования показывают, что в условиях работы людей, сопряженной с профессиональными вредностями нарушается свободнорадикальное равновесие и образование радикальных молекул приобретает хронический характер. Это согласуется с данными литературы, которые указывают на наличие в сталеплавильных цехах многочисленных источников образования профессиональных вредностей: пыли, газообразных токсических веществ (триоксида железа, бензола, хлористого водорода, свинца, ртути, фенола и др.), лучистого и конвекционного тепла, шума, вибрации, электромагнитных и магнитных полей, высокой тяжести и напряженности труда.

**ВЕГЕТАТИВНЫЙ ОТВЕТ
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ
НА ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС**

Ткачёва В.И., Надежкина Е.Ю., Филимонова О.С.

*Волгоградский государственный социально-педагогический университет, Волгоград, Россия,
e-mail: gurinae@mail.ru*

Экзаменационная сессия формирует выраженную психоэмоциональную реакцию у студентов. В период сдачи экзаменов включаются определенные адаптивные механизмы, выражающиеся в физиологических и психологических реакциях организма в ответ на действие стрессорного фактора [3,5]. По данным российских авторов, в период экзаменационной сессии у студентов и школьников регистрируются выраженные нарушения вегетативной регуляции сердечно-сосудистой системы. Система кровообращения отличается высокой реактивностью и играет первостепенную роль в адаптационных перестройках функционального состояния организма. Это определяет её практически немедленное вовлечение в стрессорные реакции. Следовательно, при быстром течении стрессорных реакций сердечная деятельность во многих случаях является наиболее информативным показателем изменений состояния организма [1,2,4].

По данным большинства исследователей, экзаменационный стресс представляет собой серьезную угрозу здоровью студентов и школьников, причем особую актуальность проблеме придает массовый характер данного явления, ежегодно охватывающего сотни тысяч учащихся в масштабах нашей страны [5].

Цель работы: выявить степень влияния стресса на сердечно-сосудистую систему студентов различных курсов.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 90 студентов I, II и V курсов факультета истории и права в возрасте 17-22 года. Обследование проводилось дважды: в

межсессионный период и перед экзаменом. Оценка артериального давления осуществлялась с помощью автоматического тонометра «BP ЗВТО-А» фирмы «Microlife» с учетом требований Министерства здравоохранения Российской Федерации. Определяли следующие параметры: артериальное давление (систолическое, диастолическое, пульсовое), частота сердечных сокращений, среднединамическое давление (СДД), вегетативный индекс Кердо (ВИК), минутный объем крови (МО), индекс Робинсона (ИР).

При однократном измерении, вероятно получить результат, который может по разным причинам достаточно сильно отличаться от истинного значения. Для исключения ошибочных заключений измерение каждого параметра следует проводить не менее трех раз (по разу перед тремя различными парами, по разу перед тремя различными экзаменами). В настоящей работе фиксировался средний результат измеряемого показателя.

В межсессионный период определяли уровень личностной и ситуативной тревожности по опроснику Спилбергера. Перед экзаменом определяли ситуативную тревожность. Величины показателей личностной и ситуативной тревожности у студентов разных курсов представлены в таблице 1.

Результаты и обсуждение

Уровень личностной тревожности (по Спилбергеру) в обследованных группах составлял $41,5 \pm 1,1$ балла. Средний уровень ситуативной тревожности, определенной по вопроснику Спилбергера, в спокойном состоянии равнялся $40,4 \pm 1,8$ баллов. Перед экзаменом этот показатель значительно возрос, достигая в среднем $56,5 \pm 1,4$ балла, что свидетельствует о достаточно высоком уровне реактивной тревожности у студентов перед экзаменом (рис. 1).

Установлено, что у студентов I курса все показатели сердечно-сосудистой системы возрастают в экзаменационный период. Систолическое артериальное давление, диастолическое артериальное давление, пульсовое давление и среднединамическое давление в среднем увеличиваются на 18,86%. Резко возрастает частота сердечных сокращений и минутный объем крови, на 38,89% и 32,57% соответственно. Вегетативный индекс Кердо в экзаменационный период у первого курса возрастает и его значение достигает 15,63. Увеличение ВИК обусловлено повышенным уровнем влияния вегетативной нервной системы на деятельность сердечно – сосудистой системы студента в экзаменационный период. Данное значение индекса Кердо обусловлено увеличением влияния симпатической нервной системы на работу сердечно-сосудистой системы. Влияние симпатической нервной системы приводит к сужению просвета сосудов, к увеличению минутного объема крови и как следствие к возрастанию артериального давления, что подтверждает наличие стресса у студентов I курса во время сдачи экзамена. Во время экзаменационного стресса наблюдается изменение вегетативного статуса в сторону усиления симпатических влияний у студентов I курса.

Таблица 1

Величины показателей личностной и ситуативной тревожности у студентов разных курсов

Курс	n	Личностная тревожность (ЛТ)	Ситуативная тревожность (в межсессионный период) (СТ (1))	Ситуативная тревожность (во время экзаменационной сессии) (СТ (2))
№ 1	30	$42,7 \pm 1,5$	$38,6 \pm 1,7$	$59,7 \pm 1,3$
№ 2	30	$41,1 \pm 0,9$	$39,6 \pm 1,9$	$55,1 \pm 1,8$
№ 5	30	$40,9 \pm 1,0$	$43,0 \pm 1,8$	$54,7 \pm 1,2$

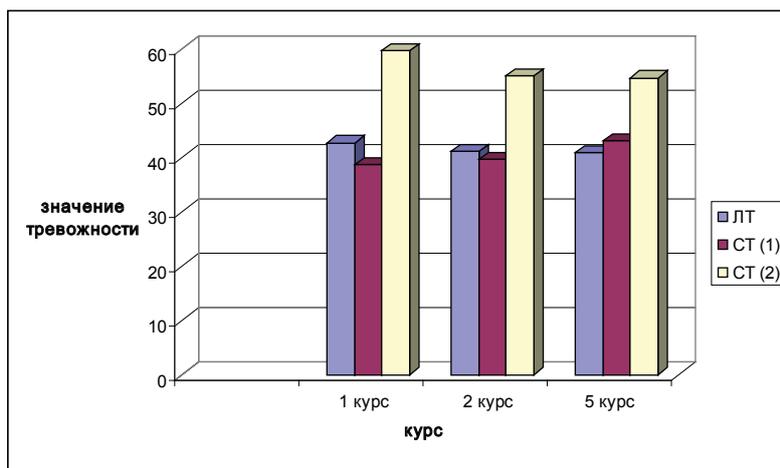


Рис. 1. Величины показателей личностной и ситуативной тревожности у студентов разных курсов

Исследуемые показатели сердечно-сосудистой системы студентов II курса возрастают в экзаменационный период. Систолическое давление увеличивается на 9,02%, диастолическое давление – на 2,94%, среднединамическое давление – на 5,65%. Данное изменение показателей сердечно-сосудистой системы в экзаменационный период не является значимым по коэффициенту Стьюдента. Значения пульсового давления, частоты сердечных сокращений, минутного объема крови, ВИК в разные периоды учебного процесса находятся в зоне неопределенности. Значимые увеличения показателей сердечно-сосудистой системы у студентов II курса не обнаружены.

При анализе данных студентов V курса не выявлено достоверных отличий в значениях всех параметров сердечно – сосудистой системы в различные периоды учебного процесса. В межсессионный период у обследуемых студентов V курса преобладает влияние симпатической нервной системы на работу сердечно-сосудистой системы. Полученные результаты подтверждают наличие адаптации сердечно-сосудистой системы у студентов V курса к стрессорному фактору-экзамену. При сравнении экспериментальных данных у студентов I и V курсов в сессионный период не выявлено достоверных различий по показателям работы сердечно – сосудистой системы. Это объясняется тем, что у студентов первого курса в экзаменационный период резко возрастает влияние симпатической нервной системы на работу сердечно-сосудистой системы, а у студентов пятого курса на протяжении всего учебного процесса преобладает влияние симпатической нервной системы на работу сердечно-сосудистой системы.

Вывод

Во время экзаменационного стресса наблюдается изменение вегетативного статуса в сторону усиления симпатических влияний в большей степени у студентов I курса. У студентов V курса преобладает влияние симпатической нервной системы на работу сердечно – сосудистой системы, как в межсессионный период, так и во время экзамена. Это обусловлено эмоциональным напряжением в различные периоды учебного процесса.

Список литературы

1. Мужиченко М.В. Исследование состояния сердечно-сосудистой системы у дошкольников различных районов г. Волгограда // Успехи современного естествознания. – 2007. – № 9. С. 95-96.
2. Надежкина Е.Ю., Филимонова О.С. Особенности функционирования сердечно-сосудистой системы под влиянием экзаменацион-

ного стресса у студентов различных курсов // Наука, образование, общество: проблемы и перспективы развития: сборник научных трудов по материалам Международной научно-практической конференции 28 февраля 2014 года.: в 12 частях. Часть 12; Министерство образования и науки РФ. – Тамбов: Изд-во ТРОО «Бизнес-наука-общество», 2014 – С. 128-130.

3. Плотников В.В. Оценка психовегетативных показателей у студентов в условиях экзаменационного стресса // Гигиена труда. – 1983. – №5. – С. 48-50.

4. Федоров Б.М. Стресс и система кровообращения. – М.: Медицина, 1991. – 318 с.

5. Щербатых Ю.В. Экзамен и здоровье студентов // Высшее образование в России. – 2000. – № 3. – С. 111-115.

ГЕМИЧЕСКАЯ ГИПОКСИЯ И ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ГЕМОГЛОБИНА

Фурсова У.Н., Лущик М.В.

Воронежская государственная медицинская академия
им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия,
e-mail: uljana_fursova@mail.ru

Гипоксия – типовой патологический процесс, характеризующийся уменьшением pO_2 в тканях (ниже 20 мм рт. ст.) и абсолютной или относительной недостаточности биологического окисления в клетке. Гипоксия приводит к расстройству функций органов и тканей, нарушению пластических и энергетических процессов в организме, морфологическим изменениям клеток. По этиологии выделяют несколько типов гипоксии, условно объединяемых в две группы: экзогенные и эндогенные. Гемическая (кровяная) гипоксия относится к эндогенной гипоксии, возникает при уменьшении кислородной емкости крови из-за снижения содержания гемоглобина (Hb) в единице объема крови и нарушения транспортных свойств Hb. Гемический тип гипоксии характеризуется снижением способности Hb эритроцитов связывать кислород (в капиллярах легких), транспортировать и отдавать оптимальное количество его в тканях. Уменьшение содержания Hb в единице объема крови и в организме в целом наблюдается при существенном уменьшении числа эритроцитов и/или снижении содержания Hb (иногда до 40-60г/л), т.е. при выраженных анемиях. Нарушение транспортных свойств Hb обусловлены изменением его способности к оксигенации в крови капилляров альвеол и дезоксигенации в капиллярах тканей. Эти изменения (гемоглобинопатии) могут быть наследуемыми или приобретенными. Наследуемые гемоглобинопатии чаще всего возникают из-за

мутации генов, сопровождающихся нарушением аминокислотного состава глобинов. Причиной приобретенных гемоглобинопатий чаще всего является повышенное содержание в крови метгемоглобинообразователей, окиси углерода, нитроксиогемоглобина. При гемической гипоксии происходит изменения газового состава и pH крови [1/].

В настоящее время резко возрос интерес исследователей к выявлению влияния лекарственных веществ на структурно-функциональные свойства белков в организме. Детальное исследование взаимодействия лекарства с белками-ферментами и их надмолекулярными комплексами имеет важное значение для выявления механизмов их лекарственного и побочного действия на биосистемы. Галоперидол – антипсихотический препарат, применяемый при шизофрении, бредовых расстройствах и других заболеваниях, сопровождающихся галлюцинациями, психомоторным возбуждением [2/]. Легкость проникновения лекарства через мембрану определяется липофильностью галоперидола. Так как один из этапов пребывания галоперидола в организме связан с поступлением его в кровь и связыванием с ее белками и форменными элементами, целесообразным представляется изучение влияния данного нейролептика на функционирование гемоглобина. Поскольку гемоглобин локализован в эритроцитах, нами были изучены кислородтранспортные свойства гемоглобина, модифицированного галоперидолом, в составе эритроцитарных клеток.

В опытах использовали термостатированные при 37°C суспензии эритроцитов в Na-P буфере концентрации 0,01 моль/л (pH 7,4), приготовленные на растворе хлорида натрия концентрацией 0,145 моль/л и растворы галоперидола в Na-P буфере (pH 7,4) с концентрациями модификатора 1×10^{-6} , 1×10^{-5} , 1×10^{-4} моль/л соответственно. Регистрацию кривых диссоциации оксигемоглобина (КДО) в составе эритроцитов осуществляли спектрофотометрическим методом, при 430 Нм (полоса Сорэ дезоксиформы). В качестве образца сравнения использовали светорассеивающую пластину, что позволило исключить вклад рассеяния света суспензией.

КДО показывает зависимость насыщения гемоглобина O_2 от парциального напряжения O_2 . Важными показателями, характеризующими процесс обратимого связывания кислорода гемоглобином, являются значения P_{50} , т.е. парциальное давление кислорода, при котором гемоглобин насыщен им на 50% и константа Хилла (α), отражающая степень гем-гемового взаимодействия субъединиц в олигомере [3/]. Анализ данных, представленных на рис. 1 показывает, что добавление галоперидола в указанных концентрациях повышает сродство гембелка к кислороду, при этом модифицирующее действие нейролептика носит выраженную концентрационную зависимость. Минимальная из использованных концентраций галоперидола индуцирует снижение значения P_{50} с $22,8 \pm 1,04$ до $17,5 \pm 0,51$ мм рт. столба. Последующее увеличение концентрации до 1×10^{-5} и 1×10^{-4} моль/л приводит к дальнейшему повышению сродства гембелка к кислороду (P_{50} составляет $13,1 \pm 1,3$ и $12,6 \pm 2,5$ мм рт. столба). Модификация внутриэритроцитарного гемоглобина галоперидолом находит отражение и в уровне кооперативного взаимодействия субъединиц в составе тетрамера. Зависимость значения константы Хилла от концентрации нейролептика носит сложный характер (рис.1). При использовании галоперидола в концентрации 1×10^{-6} моль/л величина α снижается с $2,92 \pm 0,21$ (контроль) до $2,18 \pm 0,02$. Последующее увеличение концентрации модификатора до 1×10^{-5} моль/л не вызывает статистически достоверных изменений α , которое составляет $2,26 \pm 0,17$. В случае использова-

ния максимальной из использованных концентраций галоперидола наблюдается существенное снижение константы Хилла α до $1,85 \pm 0,12$. Понижение величины α свидетельствует об ослаблении кооперативного эффекта.

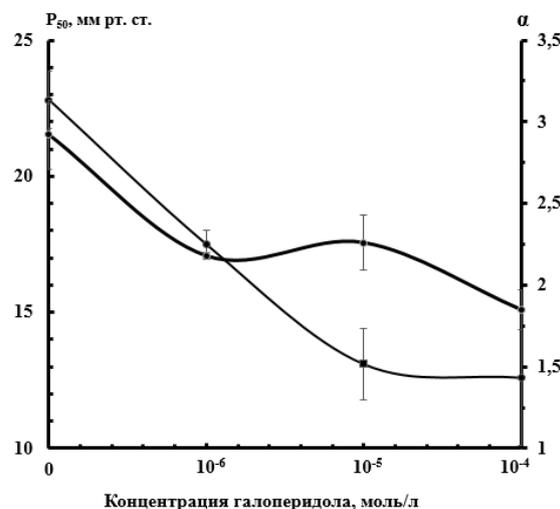


Рис. 1. Изменение значений P_{50} и α при действии галоперидола

Полученные данные показывают, что галоперидол проникает через эритроцитарную мембрану и оказывает непосредственное воздействие на внутриэритроцитарный гемоглобин, что находит отражение в изменении основных макрохарактеристик его кислородсвязывающей способности. При этом выявленные нарушения функциональной активности гембелка при действии галоперидола обусловлены, по-видимому, конформационными перестройками апо-белковой части молекулы, затрагивающей вероятно, области субъединичных контактов. Характер изменений величины P_{50} и α позволяет предположить, что при использовании высоких концентраций галоперидола преимущественную роль приобретают перестройки третичной структуры гембелка.

В заключение можно сделать вывод, что наблюдаемый сдвиг КДО влево при воздействии лекарственного препарата свидетельствует о повышении сродства гемоглобина к кислороду и затруднению отдачи кислорода тканям.

Список литературы

1. Литвицкий П.Ф. Патофизиология: учебник: в 2-х томах. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – Т. 1. – С. 422-452.
2. Машковский М.Д. Лекарственные средства: в 2-х томах. – М.: Изд-во «Новая Волна», 2005. – Т. 1. – С. 67.
3. Артюхов В.Г. Гемопротенды: закономерности фотохимических превращений в условиях различного микроокружения. – Воронеж: Изд-во ВГУ, 1995. – 281 с.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ГЕМОСТАЗА

Шишонок А.И., Щербаклова И.Г., Гребенникова И.В.

Воронежская государственная медицинская академия
им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия,
e-mail: shishonok.a@yandex.ru

Система гемостаза (haemostasis от греч. haima кровь и stasis – стояние) – совокупность биологических и биохимических механизмов, обеспечивающих сохранение жидкого состояния циркулирующей крови, поддержание целостности кровеносных сосудов и купирование кровотечения при их повреждении [3].

До настоящего времени для понимания механизмов гемостаза использовали «каскадную» модель (водопада) процесса свертывания крови. Она была предложена в 1964 г., двумя независимыми группами учёных (Davie E.W., Ratnoff O.D., Macfarlane R.G.), где процесс свертывания крови подразделяется на **первичный**, или сосудисто-тромбоцитарный, гемостаз и **вторичный**, или коагуляционный, гемостаз, с выделением в последнем «внешнего», «внутреннего» путей активации тромбина и «общего пути» (см. рис. 1). Своего рода третьим этапом свертывания крови является процесс лизиса кровяного сгустка (фибринового тромба) – фибринолиз [1]. Эта модель сохраняет свое значение только как отражение процессов свертывания крови *in vitro*. Ставшее классическим словосочетание «коагуляционный каскад» не совсем верно отражает суть функционирования системы гемостаза. «Каскад» подразумевает простую однонаправленную цепочку событий, в то время как в процессе коагуляции имеется множество перекрёстных реакций. С одной стороны, действуют силы самоусиления, в результате чего каждый предшествующий фактор вовлекает в процесс активации не такое же, а значительно большее количество молекул последующих факторов, а с другой стороны, механизм самоторможения [2].

«Каскадная» модель свертывания крови, объясняющая этапность процесса свертывания крови *in vitro*, не объясняет остановку кровотечения *in vivo*. Прежде всего, она не отвечает на вопрос, почему возможность образования протромбиназы (активатора тромбина) по одному пути не компенсирует поломку в другом. В последнее время получены убедительные данные о том, что в организме человека оба пути тесно связаны между собой и с тромбоцитами. На основе этих знаний разработана «клеточная» модель свертывания крови (cell-based model of coagulation), призванная описать процессы гемокоагуляции *in vivo* и объяснить ограничения, которые необходимо учитывать при интерпретации результатов лабораторных коагу-

ляционных тестов. Эта теория была предложена Н. Hoffman в 2001 г. [4].

Основные идеи современной концепции свертывания крови *in vivo*:

1. *In vivo* процесс свертывания крови является единым и связан с гемостатическими реакциями тромбоцитов. Тромбоциты не только участвуют в активации коагуляционных факторов, но и выполняют функцию регуляции всего процесса свертывания крови.

2. Коагуляционный процесс в физиологических условиях локализован зоной дефекта сосуда. Его нераспространению способствуют противосвертывающая система и нормально функционирующие эндотелиоциты.

3. Избыток тромбина в организме человека инактивируется антитромбином III, который также активен в отношении факторов XIIa, XIa, IXa, Xa.

4. Поддержанию крови в жидком состоянии способствуют ретикулоэндотелиальная система и гепатоциты посредством специфического удаления активированных факторов свертывания крови и фибриногена без какого-либо влияния на предшественники, путем ограничения распространения коагуляции при участии ингибитора пути тканевого фактора (tissue factor path way inhibitor, TFPI), тромбомодулина, гепариноподобных гликозаминогликанов поверхности эндотелиоцитов.

Современная модель вторичного гемостаза включает три фазы (см. рис. 2):

- **инициация, или стартового сигнала** (образуется комплекс «тканевой фактор (ТФ)/фактор VIIa» на поверхности субэндотелия в месте повреждения, что сопровождается продукцией тромбина);

- **усиление процесса** (под воздействием тромбина активируется целый ряд коагуляционных факторов);

- **распространение процесса** (формируются теназные (VIIIa/IXa) и протромбиназные (Va/Xa/кальций/фактор III тромбоцитов) комплексы, что провоцирует так называемый тромбиновый взрыв и образование стабильного сгустка фибрина) [4].

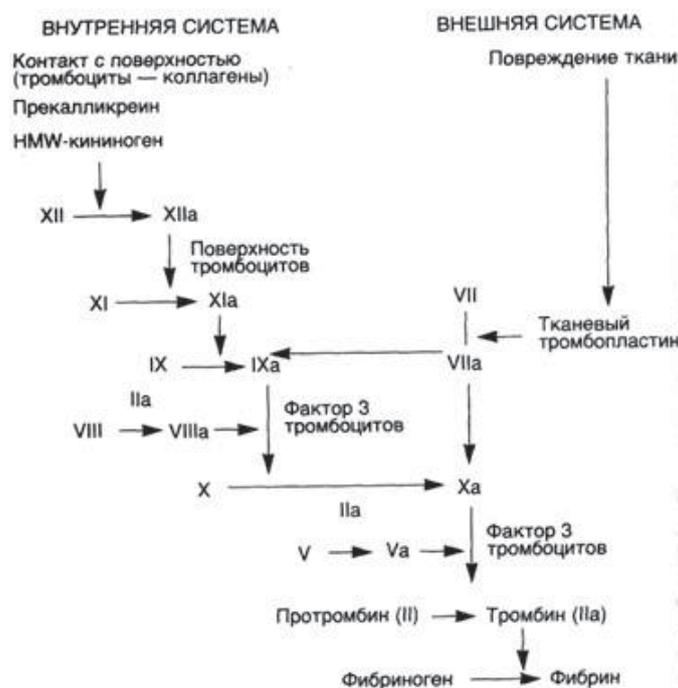


Рис. 1. Каскадная модель коагуляционного гемостаза (1964 г.)

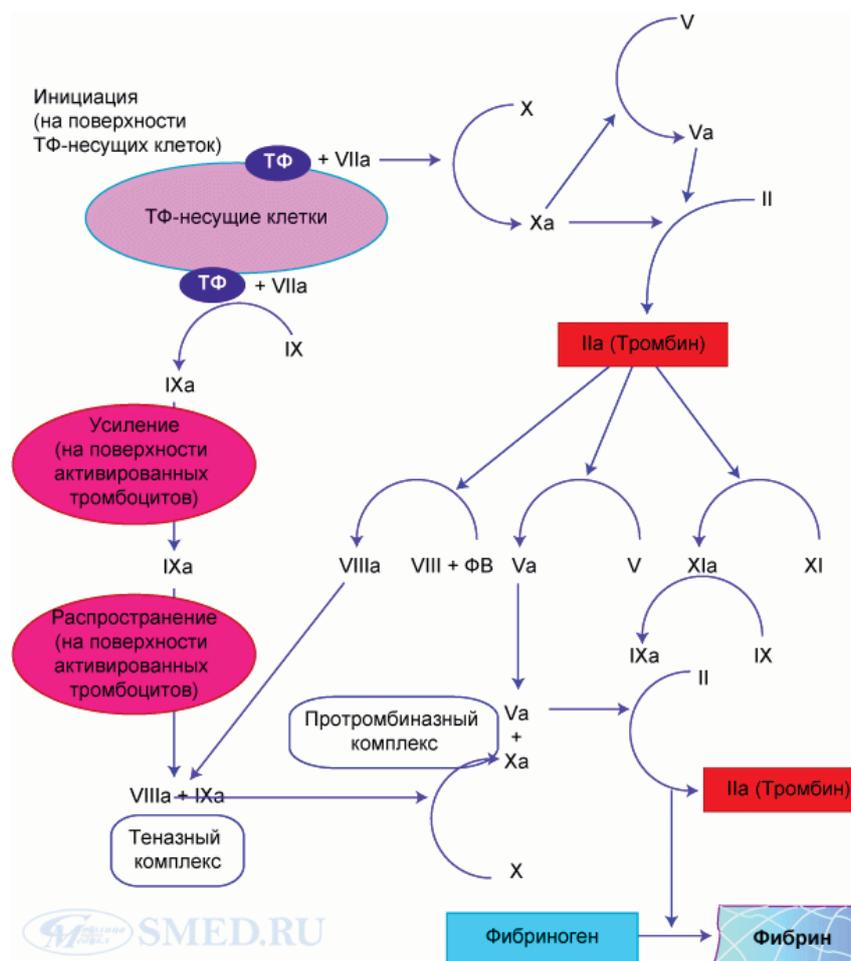


Рис. 2. Клеточная теория свёртывания крови (ТФ – тканевой фактор; ФВ – фактор Виллебранда)

Рассмотрим более подробно каждую фазу клеточной модели:

I. Инициация: в первую фазу (инициации) на поверхности клеток, содержащих ТФ, происходит активация ФVII (в физиологических условиях ТФ содержат фибробласты, гладкомышечные клетки сосудов; при воспалении ТФ-несущими становятся эндотелиальные клетки, моноциты; при ряде патологических состояний, включая антифосфолипидный синдром – нейтрофилы). При повреждении сосудистой стенки клетки, несущие ТФ, начинают контактировать с плазмой. Одновременно обнажаются субэндотелиальные структуры (коллаген), что приводит к скоплению в этой области тромбоцитов (адгезия). ТФ связывается с ФVII с образованием комплекса ТФ/ФVIIa. Этот комплекс локально на поверхности ТФ – несущих клеток активирует FX и FIX. Фактор IXa мигрирует и связывается с поверхностью тромбоцитов, в то время как фактор Xa остаётся на поверхности клеток, несущих ТФ (его перенос на поверхность тромбоцитов препятствуют плазменные ингибиторы (ИПТФ), АТ III, которые мгновенно инактивируют FXa; на FIXa ИПТФ не влияет, а АТ III – значительно слабее, чем на FXa). Согласно клеточной модели, фактор IXa не играет существенной роли в первую фазу коагуляции. Фактор Xa активирует ФV. В результате, образовавшийся на поверхности ТФ-несущих клеток комплекс FXa/ФVa расщепляет протромбин (FII) с об-

разованием небольшого количества тромбина (FIIa) – ключевого фактора последующего усиления активации системы свёртывания.

II. Усиление: реакции фазы усиления (амплификации) происходят на поверхности тромбоцитов. Пространственное разделение процессов коагуляции (фаза инициации – на поверхности ТФ-несущих клеток, фаза усиления – на поверхности тромбоцитов) – один из механизмов ограничения их выраженности при отсутствии необходимости в свёртывании крови. Небольшое количество тромбина, образовавшегося в фазу инициации, активирует тромбоциты, факторы V, VIII и XI. Тромбин способствует высвобождению ФVIII из комплекса с фактором Виллебранда, в результате образуется ФVIIIa. Активированный FXI (FXIa) приобретает способность связываться с поверхностью тромбоцитов. Активированные небольшим количеством образовавшегося в фазу инициации тромбина факторы в следующую фазу (фазу распространения) обеспечивают формирование на тромбоцитарной матрице огромного количества тромбина, которое способно перевести фибриноген в фибрин. Таким образом, вышедший из фазы инициации тромбин выступает в качестве мощного усилителя коагуляции.

III. Распространение: в фазу распространения на поверхности активированных тромбоцитов формируются теназный (ФVIIIa/FIXa) и протромбиназ-

ный (FVa/ФХа) комплексы. FVIII активируется в фазу усиления и фиксируется на тромбоцитах. ФХа переносится на поверхность тромбоцитов с места активации (поверхность ТФ-несущих клеток) ещё в фазу инициации; дополнительное его количество образуется на тромбоцитах под действием образованного в фазу усиления ФХIа. Теназный комплекс на поверхности тромбоцитов активирует FX, связанный со своим кофактором FVa (пришедшим из фазы усиления). Образовавшийся протромбиназный комплекс обеспечивает лавинообразное нарастание уровня тромбина. Тромбин переводит фибриноген (FI) в фибрин (FIa), а также активирует FXIII, обеспечивающий стабилизацию фибриновых нитей и образование множества ковалентных перекрёстных связей между ними [2].

Таким образом, ставшее классическим словосочетание «коагуляционный каскад» не совсем верно от-

ражает суть функционирования системы гемостаза. «Каскад» подразумевает простую однонаправленную цепочку событий, в то время как в процессе коагуляции имеется множество перекрёстных реакций, что необходимо учитывать в диагностике и лечении патологии гемостаза.

Список литературы

1. Баркаган З.С. Диагностика и контролируемая терапия нарушений гемостаза / З.С. Баркаган, А.П. Момот. – М.: Ньюдиамед, 2001. – 296 с.
2. Основы клинической гематологии: учебное пособие / С.А. Волкова, Н.Н. Боровков. – Н. Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2013. – С. 42-55.
3. Патофизиология: учебник: в 2-х томах / под ред. В.В. Новицкого, Е.Д. Гольдберга, О.И. Уразовой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Т. 2. – С. 111.
4. Hoffman M.A. Cell-based model of hemostasis / M.A. Hoffman, D.M. Munroe // *Thromb Haemost.* – 2001. – № 85. – С. 958-965.

Секция «Сестринское дело»

**научный руководитель – Камынина Наталья Николаевна, доктор мед. наук,
декан факультета высшего сестринского образования и психолого-социальной работы**

ОСОБЕННОСТИ ОБЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ С ПАЦИЕНТАМИ С РАЗЛИЧНОЙ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНОЙ БОЛЕЗНИ

Журавлева Е.С., Островская И.В.

*Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва, Россия,
e-mail: 1986alena2008@rambler.ru*

Реформа здравоохранения, происходящая в Российской Федерации, внедрение в практику высокотехнологичной медицинской помощи определяют новые требования к специалистам сестринского дела. Очевидно, что решение большинства проблем, стоящих перед отечественной системой здравоохранения, в значительной степени зависит от квалификации медицинских кадров, непрерывного образования специалистов здравоохранения с использованием наиболее эффективных форм обучения. В связи с реформой здравоохранения появилась реальная возможность развивать не только медицинские технологии, но и так называемые технологии сестринского дела.

Медицинские сестры, которые работают не первый год после окончания среднего специального образовательного учреждения, в связи с большими объемами работы, эмоциональными перегрузками и усталостью не стремятся к совершенствованию и налаживанию контакта для взаимодействия с пациентами, а ведь большинство жалоб пациентов порождается именно из-за таких отношений, несмотря на то, что медицинская сестра безупречно выполнила манипуляции.

Через общение проявляются индивидуальные особенности пациента и профессиональные особенности медсестры. Взаимодействие с пациентом только как с биологическим существом без учета его психической, социальной и духовной сфер делает услуги системы здравоохранения в большинстве случаев механистическими и негуманными.

В настоящее время в качестве понятия, определяющего отражение болезни в психике человека, наиболее распространен термин, предложенный Р.А. Лурией, – «внутренняя картина болезни».

Суть его заключается в интеллектуальной интерпретации диагноза заболевания, когнитивной оценке его тяжести и прогноза и в формировании на этой основе эмоционального и поведенческого паттерна.

Он охватывает разнообразные стороны субъективной картины заболевания. Это сложное, структу-

рированное понятие включает, по крайней мере, четыре уровня психического отражения болезни в психике заболевшего:

- 1-й уровень – чувственный, уровень ощущений;
- 2-й уровень – эмоциональный (различные виды реагирования на отдельные симптомы, заболевание в целом и его последствия);
- 3-й уровень – интеллектуальный (представления, знание больного о своем заболевании, размышления о его причинах и возможных последствиях);
- 4-й уровень – мотивационный (отношение больного к своему заболеванию, изменение поведения и образа жизни в условиях болезни).

Внутренняя картина болезни отражает внутреннюю картину здоровья. Люди, которые чувствуют источник силы внутри себя, болеют реже, чем те, кто видит источник силы в других людях. Аутопластическая картина болезни зависит от сознания (осознания) заболевания. Сначала она складывается бессознательно и осознается частично. Срабатывает механизм «уход в болезнь», если человек использует болезнь, как вторичную выгоду.

Внутренняя картина болезни, по мнению Р.А. Лурия, находится в очень большой зависимости от индивидуально-психологических факторов – это свойства темперамента, особенности характера, качества личности, мировоззрения, общего культурного уровня, социальной среды и воспитания, а так же от социально-конституционных факторов, таких как пол, возраст и профессия.

В отечественной литературе проблема целостного рассмотрения личности и болезни поднималась в трудах таких врачей-интернистов, как М.Я. Мудров, С.П. Боткин, Г.А. Захарьин, Н.И. Пирогов. Позднее появились работы, которые использовали понятие, введенное для исследовательских целей Р.А. Лурия и А. Гольдшейдером, о внутренней картине болезни.

Существует несколько классификаций реагирования больного на болезнь. Например, классификация А.Е. Личко и Н.Я. Иванова создана на основе оценки влияния трех факторов:

1. природы соматического заболевания,
2. типа личности, в котором важнейшую составную часть определяет тип акцентуации характера,
3. отношения к данному заболеванию в референтной для больного группе.

Эти типы объединены по блокам.

Первый блок включает типы отношения к болезни, при которых социальная адаптация существенно не нарушается: гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы.

Второй блок включает типы реагирования преимущественно с интропсихической направленностью, т.е. это тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический и апатический тип. Эмоционально-аффективная сфера отношений у больных с этими типами реагирования клинически проявляется в дезадаптивном поведении и реакциях по типу раздражительной слабости, а также в тревожном, подавленном, угнетенном состоянии. Характеризуется «уходом в болезнь», отказом от борьбы за здоровье, выздоровление.

Третий блок – типы реагирования с интропсихической направленностью – это сензитивный, эгоцентрический, паранойяльный и дисфорический. Пациенты с этими типами отношения к болезни при различных эмоционально-аффективных реакциях на болезнь характеризуются дезадаптивным поведением, которое может приводить к нарушению их социального функционирования.

Необходимо помнить, что при многих заболеваниях у пациентов возникают те или иные особенности психической деятельности. Например, у пациентов на поздних стадиях почечной недостаточности возникают астении почечного происхождения обычно в сочетании выраженной гиперестезии и раздражительности со стойкими нарушениями сна. Характерным также является наличие дисфорического оттенка настроения, слабо выраженные вегетативные расстройства, периодически возникающие нарушения схемы тела.

Таким образом, в центре внимания проблемы внутренней картины болезни находится психология личности больного. Только во взаимодействии с ней повышается надежность результатов лечения и реабилитации.

Медицинской сестре следует использовать знания о типах личности пациента для построения оптимальных взаимоотношений.

Тревожного пациента, вечно волнующегося, медицинской сестре следует успокоить позитивными примерами. У подозрительного человека следует попытаться завоевать доверие. Демонстративно ведущего себя человека не следует разоблачать, а можно апеллировать к его героизму. Пациента с депрессивным настроением нужно постараться заразить оптимизмом и верой в выздоровление или улучшение течения болезни. Ипохондриков, озабоченных болезнью, следует переключать внимание. Для медицинской сестры определение этих установок, подчеркивая активную роль самого индивида, развивая у него способности противостоять болезни, поддерживая желание изменить поведение и исправить грехи, искупить вину.

Медицинским сестрам при общении следует учитывать также уровень общей культуры пациента, ибо крайности способны вызывать тяжелые психологические реакции вследствие недостатка, или избытка информации о заболевании.

Выводы

1. Чтобы взаимодействие медицинской сестры и пациента было эффективным, медицинская сестра должна основываться на знаниях о подлинной культуре общения, обращать внимание на возрастные особенности при заболевании и отношении к нему. Медицинской сестре следует использовать знания о типах личности пациента, учитывать уровень общей культуры. Важная роль в общении с пациентом отводится именно тому, какой подход выберет медицин-

ская сестра по отношению именно к тому типу реагирования на болезнь у пациента.

2. Пациенты, находящиеся в стационаре, испытывают гамму чувств, эмоций и переживаний о своем состоянии, отсутствии на работе, ограниченным режимом передвижения и плохим самочувствием. Задача медицинской сестры помочь пациенту справиться с трудностями, рассказать о режиме, оказать психологическую поддержку и пациентам, и родственникам.

Список литературы

1. Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г. Психология больного. – Л.: Медицина, 1980.
2. Межличностные аспекты сестринского дела: учебное пособие / пер. с англ.; под общ. ред. профессора Г.М. Перфильевой. – М.: ГЭОТАР МЕД, 2006.
3. Силюнова И.В. Нравственная культура врача как основание медицинского профессионализма // Экономика здравоохранения. – 2005. – № 1.
4. Урванцев Л.П. Психология соматического больного. – Ярославль, 2000.
5. Цветкова И.В. Проблема психологического изучения внутренней картины здоровья // Психологические исследования. – 2012. – № 1(21).

ПОКАЗАТЕЛИ ОЦЕНКИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕРЕВЯЗОЧНОЙ МЕДСЕСТРЫ

Кузнецова Е.А., Косцова Н.Г.

Первый Московский государственный медицинский университет им. П.В. Сеченова, Москва, Россия, e-mail: zharkih-elena@mail.ru

Введение

Огромное значение в работе хирургического отделения определяет перевязочный кабинет, в котором происходят манипуляции по обработке и санации различных раневых поверхностей, а также выполнения ряда диагностических процедур. Перевязочные кабинеты являются неотъемлемой структурной единицей любого отделения хирургического профиля. В них осуществляется огромный объем лечебно-диагностических процедур, от правильности проведения которых во многом зависит качество оказания медицинской помощи, длительность пребывания пациента в стационаре, эффективность хирургического лечения или оперативного вмешательства, вероятность развития различного рода осложнений и многое другое.

За всю историю классической медицины вопросам работы перевязочного кабинета, качеству проводимых перевязок уделялось большое внимание. Данный вопрос и пути его решения постоянно обсуждались, так как это имеет принципиальное значение для повышения качества лечения, уменьшения количества койко-дней по каждой нозологии, целому ряду других медицинских целей. В условиях современной медицины, неуклонного ее развития, это вопрос приобретает особый смысл, так как многие из трудноизлечиваемых и неизлечимых ранее заболеваний ныне достаточно успешно поддаются лечению на уровне малоинвазивных вмешательств и консервативного лечения при условии полноценного использования современных лекарственных средств, препаратов, технологий, а также грамотного использования возможностей перевязочного кабинета, при условии высокого профессионального уровня сотрудников.

Таким образом, вопрос повышения качества работы перевязочной медсестры является актуальным особенно в наши дни, когда от правильности и качества проводимых перевязок часто зависит исход лечебного процесса

Сейчас, на современном этапе, не рассматривать вопрос качества производимых перевязок просто нельзя. Тем более, что в ряде случаев лишь только улучше-

ние труда персонала приносит желаемые результаты в лечении пациентов, значительно упрощает работу всего персонала отделения, способствует снижению трудозатрат, достижению экономического эффекта, сокращению койко-дня, способствует увеличению оборота койки. Что является неотъемлемой частью современного лечебного процесса, особенно в условиях работы в рамках обязательного медицинского образования с применением стандартов медицинского обслуживания.

Учитывая вышеизложенное, к профессиональной деятельности перевязочной медсестры должны предъявляться соответствующие требования, с учетом которых необходимо разрабатывать новые подходы к повышению качества и оптимизации их труда и деятельности сестринской службы в целом. Поэтому для данного исследования была поставлена цель: провести оценку качества работы перевязочной медсестры и разработать предложения по ее оптимизации.

Исследование проводилось на базе одной из городских больниц Москвы. В исследовании приняли участие сотрудники и пациенты отделения (82 человека).

Методы и материалы

Для решения поставленной цели был проведен хронометраж рабочего дня перевязочной медсестры и разработана система балльной оценки, содержание которой основывалось на приказах Минздравсоцразвития РФ от 23 июля 2010 года N 541н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих» раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» [1], приказ МЗ СССР от 31 июля 1978 г. № 720 «Об обеспечении санитарно-эпидемиологического контроля в лечебных учреждениях» [2], Приказ № 747 от 2 июля 1987 года «Учет медикаментов, перевязочных средств в ЛПУ» [3], Приказ Минздравсоцразвития РФ от 24 декабря 2010 года № 1182н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным хирургическими заболеваниями» (Приложение № 6 «Рекомендуемые штатные нормативы стационарного хирургического отделения медицинской организации», Приложение № 1 «Положение об организации деятельности хирургического кабинета (отделения) медицинской организации») [4].

Таким образом, для дальнейшего изучения проблемы критериев оценки деятельности медсестры мы проанализировали приказы [1, 2, 3, 4], провели хронометраж рабочего времени и выявили факторы, влияющие на качество работы (табл. 1).

Из табл. 1 видно, что:

1. перевязки занимают время в зависимости от количества пациентов, нуждающихся в перевязках;

2. большую часть рабочего времени занимает сопутствующая работа, без которой проведение перевязок невозможно;

3. значительную часть рабочего времени занимает подготовка перевязочного материала;

4. уборка и поддержание порядка в течение дня также занимает большое количество времени.

Анализ результатов исследования позволяет выявить степень загруженности медсестры и средние затраты рабочего времени.

Для оценки качества работы перевязочной медсестры можно предложить систему балльных оценок по следующим параметрам (табл. 2)

Исходя из этого, каждый критерий оценивается по баллам – максимальное количество 3, минимальное 1 и получим систему оценки перевязочной медсестры.

Также можно предложить использование индивидуального показателя качества, рассчитывающегося по формуле:

$$\text{ИКК} = (C1 : C) \times 100\%,$$

где C1 – кол-во баллов, набранных медицинской сестрой; C – максимальное количество баллов.

Полученные значения предлагаем оценивать в процентном отношении: от 76% до 100% – высокий уровень качества, от 51% до 75% – удовлетворительный уровень качества; менее 51% – низкий уровень качества, требующий коррекции или замены медицинской сестры.

Обсуждение результатов исследования

Таким образом, для оптимизации работы медсестры перевязочного кабинета были внесены следующие предложения:

1. Укомплектовать штат перевязочного кабинета младшим медперсоналом, что позволит сестре уделять больше времени своим основным обязанностям.

2. Использовать стерильный материал, изготовленный заводским путем.

3. Разработать стандарты работы перевязочной медсестры.

4. Внедрить систему балльной оценки качества труда медсестры перевязочного кабинета.

5. Формировать правильное отношение к перевязкам, как к части лечебного процесса у пациентов, со стороны персонала и установление нормальных взаимоотношений между пациентами и сотрудниками перевязочного кабинета.

Таблица 1

Средние затраты рабочего времени

Действие	Время
1. Средняя продолжительность подготовки кабинета к работе	105 мин (25%)
2. Среднее время, затрачиваемое на планирование рабочего дня с лечащим врачом	16 мин (3,8%)
3. Среднее время, затрачиваемое на проведение одной перевязки	15 мин (3,5%)
4. Среднее время, затрачиваемое на обработку рук между перевязками	2 мин (0,4%)
5. Среднее время, затрачиваемое на перевязки в день	285 мин (52%)
6. Среднее время, затрачиваемое на заготовку перевязочного материала к следующему дню	33 мин (8%)
7. Среднее время, затрачиваемое на обработку перевязочного стола после перевязки пациента	16 мин (3,8%)
8. Среднее время, затрачиваемое на проведение уборки	50 мин (12%)
9. Среднее время, затрачиваемое на работу с документацией	15 мин (3,5%)
10. Средняя продолжительность рабочего дня составила	9 часов

Таблица 2

Система балльной оценки качества работы медсестры перевязочного кабинета

Параметры контроля		Баллы
1. Наличие у медсестры квалификационной категории	- высшая - первая - вторая - не имеет	
2. Знание должностной инструкции	- да - нет - приблизительно	
3. Стаж работы	- 0-5 лет - 5-10 лет - более 10 лет	
4. Соблюдение санэпидрежима	- да - нет	
5. Знание методов защиты от вредных токсических факторов	- да - нет - приблизительно	
6. Знание содержимого укладки «Антиспид»	- да - нет	
7. Умение использовать метод невербального общения	- да - нет	
8. Наличие жалоб от пациентов	- да - нет	
9. Соблюдение принципов этики и деонтологии	- да - нет	
10. Соблюдение стандартов оснащения перевязочного кабинета и документации	- да - нет	
11. Выполнение требований, предъявляемых к внешнему виду	- соблюдает - не соблюдает	
12. Соблюдение требований по расходу, хранению, учету лекарственных средств.	- да - нет	
13. Соблюдение технологий выполнения манипуляций и процедур	- да - нет	
14. Оценка профессиональных навыков со стороны врачей	- высокая - низкая - достаточная	
ИТОГО БАЛЛОВ		
Интегральный коэффициент качества (ИКК)		

Предложенные способы оценки применимы и универсальны в практической медицине, хронометраж рабочего времени выявляет общую загруженность и время, которое медсестра тратит непосредственно на пациентов, балльная система оценки позволяет выявить степень профессионализма медсестры, включающий в себя теоретические и практические навыки.

Эти параметры исследования могут использоваться при организации работы в подборе и расстановке персонала в отделении старшей медсестрой.

Выводы

1. Анализ проведенных исследований выявил факторы, влияющие на степень качества обслуживания пациентов персоналом перевязочного кабинета и выявил критерии, по которым можно оценивать профессиональную грамотность медсестры.

2. Таким образом, оценку качества труда медсестры перевязочного кабинета можно проводить по оценочным критериям, а использование системы балльной оценки качества труда является эффектив-

ной и информативной при подборе персонала. Также, элементы балльной оценки могут использоваться, как критерии оценки персонала, с целью выполнения Указов Президента «О развитии здравоохранения и повышении качества обслуживания» и внедрения проекта «Дорожная карта».

Список литературы

1. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23 июля 2010 года № 541н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения».
2. Приказ МЗ СССР от 31 июля 1978 года № 720 «Об обеспечении санитарно-эпидемиологического контроля в лечебных учреждениях».
3. Приказ № 747 от 2 июля 1987 года «Учет медикаментов, перевязочных средств в ЛПУ».
4. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 24 декабря 2010 года № 1182н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным хирургическими заболеваниями» (Приложение № 1 «Положение об организации деятельности хирургического кабинета (отделения) медицинской организации», Приложение № 6 «Рекомендуемые штатные нормативы стационарного хирургического отделения медицинской организации»).

НАКОПИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Лесничая Л.А., Иванов А.В.

*Первый Московский государственный медицинский
университет им. И.М. Сеченова, Москва, Россия,
e-mail: l.a.lesnichaya@gmail.com*

*Качество оказываемой медицинской помощи
не может быть выше уровня
полученного образования.
Международное заявление
о подготовке медицинских кадров, 1989 г.*

За последние годы в сестринском деле произошли значительные перемены: разрушен стереотип о медицинской сестре только как о помощнике врача; внедряются новые сестринские технологии в практическое здравоохранение; разработан и внедрен новый государственный образовательный стандарт, предусматривающий многоуровневую систему подготовки специалистов сестринского дела; утверждена номенклатура специальностей среднего медицинского и фармацевтического персонала; внедрена сертификация специалистов сестринского дела; созданы и активно работают профессиональные ассоциации.

Внедрение накопительной системы повышения квалификации позволит найти некую золотую середину в решении вопроса о реформе дополнительного образования медицинских работников.

Накопительная система повышения квалификации представляет собой целенаправленное непрерывное повышение профессиональных знаний специалистов, со средним медицинским образованием.

Накопительная система повышения квалификации является одной из форм существующей системы дополнительного профессионального образования, предполагает **добровольный выбор** специалистом данной формы, отвечает образовательным потребностям в сфере профессиональной деятельности специалиста, запросам рынка труда.

Основная цель накопительной системы повышения квалификации заключается в **оптимизации качества профессиональной подготовки** специалистов со средним медицинским образованием.

Задачами накопительной системы повышения квалификации являются:

- формирование соответствия профессиональных компетенций специалистов требованиям рынка труда;
- удовлетворение потребности личности в непрерывном образовании в течение всей жизни;
- повышение мотивации и личной ответственности работников за своевременное совершенствование своих знаний и практических навыков для более качественного выполнения профессиональных функций и должностных обязанностей;
- совершенствование деловой квалификации, подготовка к выполнению новых задач профессиональной деятельности.

Накопительная система повышения квалификации предоставляет наиболее активной части специалистов сестринского дела право выбора индивидуальной образовательной траектории и обеспечивает обязательной информационной базой для поддержания должного уровня компетенции. При этом накопительная система повышения квалификации не исключает получение последипломного образования в виде традиционного, циклового обучения и является альтернативной, дополнительной формой, направленной на расширение профессиональных возможностей специалистов, дает право выбора способа повышения квалификации и профессиональной компетентности.

К настоящему времени система последипломного образования средних медицинских работников сохранила строго регламентированную систему циклов повышения квалификации. Утвержденный перечень программ повышения квалификации (ПК), жестко связанный с перечнем квалификационных специальностей, определяет объем и содержание тематики образовательных программ

Порядок организации и прохождения накопительной системе повышения квалификации ведётся в соответствии с государственными образовательными стандартами последипломной подготовки по специальностям циклов усовершенствования.

Основными компонентами накопительной системы являются обязательные и вариативные часы обучения, которые в сумме должны составлять не менее 144 часов учебного времени, что соответствует имеющимся утвержденным образовательным программам.

Накопительная система повышения квалификации **не используется** при прохождении первичной специализации.

Обязательные часы (не менее 72 часов) специалист со средним медицинским образованием прослушивает очно на отделениях дополнительного профессионального образования (ДПО), в учебных планах которых определены следующие разделы, обязательные для изучения:

- правовое обеспечение профессиональной деятельности
- психологические аспекты профессиональной деятельности
- этика
- современные сестринские технологии
- медицина катастроф
- неотложная помощь
- дисциплины специальности.

Специалист, выбравший для себя накопительную систему учёта часов повышения квалификации, имеет право самостоятельно определять образовательные мероприятия для набора вариативных часов.

К видам и формам повышения квалификации в рамках накопительной системы относятся:

- участие специалиста (в качестве докладчика, слушателя) в научно-практических конференциях различного уровня (местный, региональный, окружной, федеральный, международный), тематика которых соотносится со спецификой профессиональной деятельности специалиста – кодом специальности, функциональными обязанностями;
- участие специалиста (в качестве докладчика, слушателя) в семинарах различного уровня, тематика которых соотносится со спецификой профессиональной деятельности специалиста – кодом специальности, функциональными обязанностями;
- разработка методических пособий и рекомендаций, тематика которых отвечает специфике профессиональной деятельности специалиста – коду специальности, функциональным обязанностям;
- участие специалиста в инновационных проектах по совершенствованию сестринской помощи, разработке профессиональных стандартов, направлению которых отвечает специфике профессиональной деятельности специалиста;
- участие специалиста в профессиональных конкурсах, конкурсах научных работ на различных уровнях;
- публикация статей, соответствующих специфике профессиональной деятельности;
- участие специалиста в научно-исследовательской деятельности;

- прохождение специалистом дистанционных образовательных программ, соответствующих специфике профессиональной деятельности;

- прохождение специалистом тематических циклов усовершенствования в учреждениях дополнительного профессионального (медицинского и фармацевтического) образования, реализующих дополнительные профессиональные образовательные программы на базе среднего профессионального образования;

- прохождение специалистом стажировки в ведущих российских и зарубежных клиниках;

Каждое отделение ДПО разрабатывает и принимает свое «Положение о накопительной системе повышения квалификации средних медицинских работников», определяя свои образовательные мероприятия, рекомендуемые для набора вариативных часов, систему их оценки и ценность в баллах/часах.

Учет результатов участия специалистов со средним медицинским образованием в мероприятиях в рамках накопительной системы осуществляется в часах индивидуально для каждого специалиста.

Основными компонентами последиplomной подготовки являются обязательная и накопительная части программы. Накопительная часть программы засчитывает не менее 50% материала. Обязательную часть программы специалист проходит в отделении ДПО.

Руководитель сестринской службы заверяет пакет документов – портфолио специалиста, который проходит обучение по накопительной системе.

Портфолио специалиста со средним медицинским образованием о прохождении обучения в рамках накопительной системы повышения квалификации включает:

- свидетельства
- сертификаты
- программы конференций и семинаров
- копии приказов о проведении конкурсов
- копии опубликованных работ и статей
- иные документы, достоверно свидетельствующие о реализации учебной деятельности.

Портфолио предоставляется руководителю отделения повышения квалификации (ОПК) по накопительной системе, который суммирует набранные часы и заносит их в зачетную книжку специального образца. Зачет суммы набранных баллов/часов производится в течении трех лет до направления специалиста на обязательную часть программы цикла усовершенствования.

В дальнейшем в соответствии с учебным планом и даётся заключение о количестве баллов/часов, которые можно засчитать как пройденные самостоятельно.

Право на зачёт часов по результатам прохождения образовательного мероприятия возникает в том случае, если его тематика соответствует учебному плану по заявляемой специальности. Срок действия сертификатов, приказов и прочих подтверждающих документов – 5 лет с момента издания/выдачи.

На основании заключения заполняется лист индивидуального образовательного маршрута повышения квалификации.

Программы, не охваченные накопительной системой учёта часов, а также количество часов по основ-

ным профессиональным разделам, необходимое для выполнения образовательного стандарта последиplomной подготовки по избранной специальности и цикла, обучающийся получает на отделении ДПО в соответствии с графиком учебного процесса.

Повышение квалификации заканчивается итоговой аттестацией по основным профессиональным разделам и осуществляется в соответствии с требованиями государственного образовательного стандарта последиplomной подготовки, независимо от формы повышения квалификации.

Порядок и формы проведения итоговой аттестации регламентируется соответствующими локальными актами ДПО.

Порядок выдачи документов о повышении квалификации специалистам со средним медицинским образованием регламентируется соответствующими локальными актами ДПО ОУ.

Но в то же время задачи накопительной системы повышения квалификации сестринского персонала, как повышение мотивации сестринского персонала к самостоятельному углублению знаний и повышению профессиональной компетентности для более качественного выполнения профессиональных функций и должностных обязанностей, удовлетворение потребности личности в непрерывном образовании в течение всей жизни, совершенствование деловой квалификации, ставятся под угрозу в виду:

- неполной информации о процедуре прохождения накопительной системы повышения квалификации средних медицинских работников;
- оставшейся базой и педагогическим составом отделений ДПО;
- отсутствия информации о темах лекций в функциональных разделах цикла повышения квалификации;
- отсутствия информации о смысловой и балловой оценке посещаемых мероприятий, если они не организованы в рамках программы ДПО.

Список литературы

1. Бражников А.Ю., Камынина Н.Н., Фурсова Т.Н. Анализ мнения потенциальных участников накопительной системы зачета кредитов в рамках послевузовского образования. – URL: <http://www.mma.ru/articles/69287/>
2. Иванов А.В. Научное обоснование совершенствования системы информационного обеспечения медицинских сестер. – URL: <http://www.dissertat.com/content/nauchnoe-obosnovanie-sovershenstvovaniya-sistemy-informatsionnogo-obespecheniya-meditsinskikh-sester/>
3. Накопительная система дополнительного профессионального образования как элемент профессионального развития специалистов со средним медицинским образованием. Областное государственное бюджетное образовательное учреждение среднего профессионального образования «Иркутский базовый медицинский колледж». – URL: ibmk-irk.ru/
4. Накопительная система повышения квалификации. Пояснительная записка. – URL: www.medsestre.ru/
5. Положение о накопительной системе повышения квалификации сестринского персонала Омской области. – URL: www.opsa.info
6. Положение о накопительной системе учёта часов повышения квалификации специалистов со средним медицинским образованием. ГАOU СПО АО «Архангельский медицинский колледж». – URL: arhmedcolledg.ru
7. Положение о повышении квалификации специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием Республики Марий Эл по накопительной системе. – URL: edu.mari.ru/prof/imk/
8. Порох Л.И. К вопросу о развитии института повышения квалификации среднего медицинского персонала: материалы III Всероссийского съезда средних медицинских работников. Ч. 1. – Екатеринбург, 2009. – 392 с.